Rok XLV. Kraków 15 Września 1906. Nr 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Zakładu anatomii porównawczej Uniw. Jag.

Przyczynek do poznania budowy zębiaków (odontomata).

Podali

Prof. Dr Wincenty Łepkowski i Jan Stach.

Uzębienie człowieka, jak wogóle zresztą wszystkich zwierząt, odstępuje nader często od typu, uznanego za prawidłowy i przedstawia rozmaite nieprawidłowości swej budowy. Powodem tych nieprawidłowości w przeważnej liczbie przypadków jest bądź brak niektórych zębów, bądź też pojawianie się ich w zwiększonej liczbie. Rzadsze zaś są inne nieprawidłowości, z których do bardzo ciekawych zaliczyć należy t. zw. zębiaki (*odontomata*).

Nazwą zębiaków obejmuje się zazwyczaj wszystkie nowotwory różnorodnej budowy, jakie powstają z twardych substancyi zębowych i sadowią się w rozmaitych okolicach na zębach. Ponieważ zaś, jak wiadomo, są trzy substancye, wchodzące w skład zęba, t. j. szkliwo, zębina i cement, a z każdej z nich może powstać nowotwór, rozróżniamy przeto zębiaki szkliwa (*adamantoma*, *odontoma adamantinum*), zębiny (*dentinoide*) i zębiaki cementu (*osteodontomata*). Rzadko jednak w budowie tych zębiaków bierze udział jedna tylko z tych substancyi; zazwyczaj składają się one z dwóch lub nawet z wszystkich i wtenczas zbliżają się nowotwory te pod względem budowy do zębów prawidłowych, różniąc się od nich tylko postacią, zazwyczaj nieregularną. Jedne z nich pozostają przez cały czas swego istnienia w związku z zębem, usadowiwszy się na jego korzeniach lub w okolicy szyjki, inne tkwią w szczęce luźnie obok zębów i zazwyczaj mają wtenczas większe rozmiary.

O przyczynie powstawania zębiaków wiemy bardzo mało; nieco więcej już posiadamy spostrzeżeń co do budowy tych nowotworów, jakkolwiek i pod tym względem wiadomości nasze są jeszcze bardzo szczupłe. Dawniejsi bowiem autorowie, spotkawszy takie nowotwory, ograniczali się przeważnie tylko do podania faktu i opisania zewnętrznego kształtu znalezionej nieprawidłowości. Nawet monografia tego przedmiotu, opracowana przez Albrechta p. t. „Die Odontome“, nie wyjaśniła budowy, a tem mniej powstawania tych nowotworów.

Dopiero Walkhoff, podjąwszy badania nieprawidłowości uzębienia człowieka, zajął się dokładniej także zębiakami, a spostrzeżenia swoje, dotyczące ich budowy i powstawania, podał w 14 roczniku pisma „Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde“ z roku 1896.

Walkhoff opisał trojakiego rodzaju nowotwory, złożone z twardych substancyi zębowych:

1) „Schmelztropfen“, twory kształtu kulistego, o nieznacznych zazwyczaj rozmiarach, wyrastające w okolicy szyjki lub w górnej części korzenia zęba. Jądro ich składa się z zębiny, pokrytej z zewnątrz warstwą lśniącego szkliwa, które nadaje tym tworom wejrzenie perełek, osadzonych na zębie.

2) „Schmelzlose Körperchen“, większe od poprzednich i przedstawiające pewną odrębną całość, wtórnie połączoną z zębem macierzystym. Posiadają one osobną miazgę (*pulpa*), otoczoną dokoła pierścieniem zębiny, o nielicznych i nieregularnie przebiegających kanalikach. Z wierzchu pokryta jest zębina warstwą cementu, spajającą ten nowotwór z zębem, który mu, — według Walkhoffa, — dał początek.

3) Wreszcie, jako trzeci rodzaj, obejmuje Walkhoff nazwą „właściwych zębiaków“ (*das eigentliche Odontom*) twory, które swój początek zawdzięczają, zdaniem jego, nieregularnemu rozpadowi pierwotnego zawiązku zębowego. W skład tych nowotworów wchodzą dwie lub nawet wszystkie substancye, właściwe zębowi. Jeżeli poszczególne części, powstałe z rozpadu zawiązka zębowego, trzymają się z sobą w związku, wtenczas powstaje ciało o kształtach nieregularnych, mogące dosięgnąć znacznych rozmiarów. W rzadkich jednak przypadkach części te nie łączą się ze sobą wtórnie; powstaje wtenczas mnóstwo drobnych, luźnych zębiaków, będących jak gdyby okruchami pierwotnego zęba.

Ponieważ dokładne poznanie budowy nieprawidłowości może rzucić czasem pewne światło na przyczynę powstawania i czynniki, kierujące ich rozwojem, przeto skoro zdarzył się nam przypadek nowotworu zębowego, podobnego do powyżej wymienionych, uważaliśmy za pożyteczne zbadać go szczegółowiej, a poczynione spostrzeżenia ogłosić. Uczyniliśmy to zaś głównie w tej myśli, że podany przez nas opis zachęci może innych do zajęcia się nowotworami zębowymi, a wskutek tego uzyska się szerszy i jaśniejszy pogląd na przyczyny powstawania tych zmian, oparty nie na jednym lub kilku odosobnionych przypadkach, na podstawie których wysnute wnioski nie mają większego znaczenia.

Do ambulatoryum dentystycznego Uniw. Jagiell. zgłosił się w ubiegłym roku 16-letni uczeń prawidłowo zbudowany i odżywiony, skarżąc się na bole w szczęce dolnej po stronie prawej. Bole te występowały, jak mówił, napadowo i to zawsze rozpoczynały się od okolicy brody, szły ku prawej stronie policzka poza ucho, trwały godzinę do dwu, ustawały, i znów bez przyczyny powracały. Związku z czynnością żucia pokarmów, ze zmianą ciepłoty i oddziaływaniem na kwaśne i słodkie płyny, czy pokarmy, nie było. Typowego okresu bolu, jak to bywa w zimnicy, chory nie zauważył.

Stan ten trwał przez dwa lata. Wśród tego zauważył chory, że kość szczęki po stronie bolów nieco zgrubiała.

Badanie zewnętrzne stwierdziło rzeczywiście lekkie zgrubienie żuchwy po stronie prawej. W uzębieniu brak jeszcze zębów mądrości, co zresztą odpowiadało wiekowi chorego, a po stronie prawej brak pierwszego zęba trzonowego w szczęce dolnej. Blizny żadnej po wyrwaniu nie można było odszukać, a chory twierdził, że nigdy nie dawał wyrywać zęba, mleczne zaś powypadały mu same. Między drugim zębem dwuguzkowym, a drugim trzonowym widać było miejsce wolne, długości mniej więcej 1 cm., nad którem błona śluzowa, prawidłowo zabarwiona, okazywała rozszczepienie podłużne długości 2—3 milimetrów. Zębodół był zgrubiały, a przy dotknięciu palcem czuć było można guz twardy wielkości orzecha laskowego. Przypuszczaliśmy zrazu, że jest to wyrastający ząb. Zgłębnik, wprowadzony w szczelinę, natrafił jednak na ciało o powierzchni chropowatej, bez szkliwa, przyrosłe do zęba trzonowego, prawidłowo wykształconego. Ponieważ chory domagał się wyjęcia zęba, przystąpiliśmy do rękoczynu. Poprowadziwszy cięcie wzdłuż szczeliny, oddzieliliśmy następnie skrobaczką (*raspatorium)* części miękkie i okostnę i z łatwością wydobyliśmy ząb wraz z przyrosłym do niego nowotworem.

Kształt wydobytego zęba oddają wiernie zdjęcia fotograficzne (ryc. 1), wykonane z trzech różnych jego stron.

Rycina 1.



Zauważyć można, że postać i wielkość jego nie różniły się znacznie od zwykłych, a nieprawidłowość ograniczała się tylko do ciała kulistego, wielkości orzecha laskowego, które w okolicy szyjki było przyrosłe na pewnej przestrzeni do korony zęba, po przedniej jego stronie. Sądząc z nierównej i matowej powierzchni tej wyrośli zębowej, odróżniającej się na pierwszy rzut oka od gładkiej i lśniącej, bo pokrytej szkliwem korony zęba, należało przypuścić, iż jestto zmiana, określona jako t. zw. ciałko bezszkliwne (*schmelzlose Körperchen*).

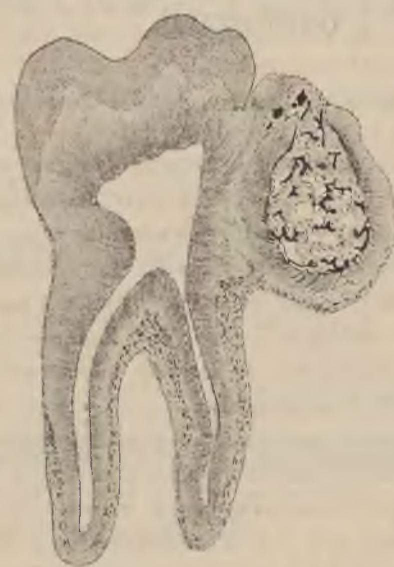
Po sporządzeniu zdjęć fotograficznych i odlewów z łatwotopliwego metalu Lenoxa postanowiliśmy zbadać dokładniej budowę tego ciałka. W tym celu trzeba było przeciąć ząb wzdłuż korony, korzeni i ciałka bezszkliwnego, aby z niego uzyskać przekroje tak podłużne, jak poprzeczne. Dokonaliśmy tego przecięcia z łatwością w ten sposób, że do tokarni nożnej przytwierdziliśmy cienki krążek miedziany, który podczas przepiłowywania zęba zlewaliśmy ciągle pumeksem, rozrobionym z wodą. Sposobu tego używał Scheff do otrzymania przekrojów podłużnych i poprzecznych całych szczęk wraz z zębami.

Jedną z uzyskanych w ten sposób z przekroju połówek zęba odwapniliśmy w 3 prc. roztworze kwasu azotowego, a po zabarwieniu karminem boraksowym i stwardnieniu w wyskoku zatopiliśmy w celoidynie. Z połówki tej otrzymaliśmy zapomocą mikrotomu seryę przekrojów, prostopadłych do osi głównej, łączącej w zębie koronę z korzeniami.

Z drugiej zaś połówki sporządziliśmy szlif (ryc. 2) wzdłuż osi głównej zęba, dzięki bardzo ostrożnemu ścieraniu na coraz to delikatniejszych kamieniach, całkowity, a dość cienki, aby można na nim rozpatrzeć dokładnie wszystkie szczegóły budowy.

Zgodnie z zewnętrzną postacią zęba, także wewnętrzna jego budowa nie przedstawia żadnych nieprawidłowości. Wszystkie trzy substancye, wchodzące w skład jego, rozdzielone są w tym samym stosunku, co w stanie prawidłowym. Tylko w okolicy szyjki po stronie przedniej złączone jest z zębem ciało o przekroju kolistym. Na pierwszy rzut oka wydaje się, jak gdyby z zęba w miejscu tem wyrastał znacznej stosunkowo objętości pęcherzyk, szczelnie zewsząd zamknięty, którego grubą ściankę widać na przekroju w postaci szerokiego pierścienia zębiny, a którego wnętrze wypełnia dokładnie jednostajna gąbczasta masa.

Rycina 2.



Przy uważniejszem jednak rozpatrzeniu pod silniejszem powiększeniem widać przedewszystkiem, że pierścień zębiny nie jest całkowity. W jednem miejscu od góry, po stronie przeciwległej zębowi, znajduje się mała przerwa w postaci jakby kanalika, wiodącego do wnętrza pęcherzyka, a wypełnionego tą samą, co wnętrze, masą.

Zębina, tworząca ściany pęcherzyka, różni się na pierwszy rzut oka od prawidłowej falistym przebiegiem kanalików, w niektórych miejscach nawet esowato powyginanych. Nadto i wejścia do nich od wnętrza pęcherzyka są o wiele szersze, wskutek czego wewnętrzny brzeg pierścienia poszarpany jest zatokowatemi wgłębieniami.

W miejscu, gdzie pierścień łączy się z zębem, zdaje się, jak gdyby kanaliki zębinowe pęcherzyka przechodziły i łączyły się ściśle z takimiż kanalikami zęba Przy uważniejszem jednak rozpatrzeniu pod silniejszem powiększeniem widać wyraźnie, że zakończenia jednych kanalików, dążących n. p. od strony pęcherzyka, padają między zakończenia obok siebie leżących kanalików zęba. Wobec gęstego ułożenia zdarza się niekiedy, że kanalik, wiodący z jednej strony, spotyka się ze zdążającym z drugiej strony i wchodzi z nim pozornie w ścisły związek, tworząc jedną linię. Ogół jednak kanalików tak z jednej, jak z drugiej strony świadczy swojem, powyżej opisanem ułożeniem niewątpliwie, że są tu dwa zupełnie odrębne układy zębinowe.

(Dok nast.)

Przypadek bąblowca (*echinococcus*) w kanale kręgowym.

Opisał

Dr J. Talko-Hryncewicz.

(Troickosawsk).

Wiadomo, że bąblowiec (*echinococcus*) rdzenia kręgowego należy do przypadków, najrzadziej spotykanych w medycynie. Z 388 przypadków, zebranych przez Davainea[1]), przypadło na wątrobę wyłącznie 166, na nerki 30, małą miednicę 16, pęcherzyki nasienne i macicę po 1, jajniki 4, okolicę zasłonową (*regio abturatoria*) 6, na narządy brzuszne 238, płuca 40, serce 10, mózg 20, rdzeń kręgowy 10, kości 17, a reszta na pozostałe narządy. Na 4,760 sekcyi, wykonanych w berlińskim zakładzie patologicznym w ciągu 10 lat, znaleziono bąblowca 33 razy[2]), na 3,042 mężczyzn u 19 i z 1,718 kobiet u 14. Co się tyczy bąblowca w mięśniach, to Marguet[3]) zebrał w swej rozprawie całe piśmiennictwo tego przedmiotu w różnych krajach i naliczył 186 spostrzeżeń, z których przypada na Francyę 122, Niemcy 125, Anglię 33, Danię, Włochy i Australię po 2; szczegółowiej opisuje on 126 przypadków bąblowca, z tych przypada na Francyę 91, Niemcy 18, Anglię 14, Danię 1, Włochy i Australię po 2. Wszystkie te opisane 126 przypadków bąblowca zebraliśmy w osobne grupy ze względu na ich częstość w różnych mięśniach:

	ilość spostrz.	w prc.
W mięśniach skroniowych i pod niemi	5	3,97
„ „ żwaczu lewym	1	0,80
„ „ mostkowo-obojczykowo-sutkowym .	1	0,80
„ „ wielkim i małym piersiowym . .	8	6,35
„ „ międzyżebrowych i pomiędzy niemi .	2	1,58
„ „ przepony	1	0,80
„ „ ścian brzusznych	5	3,97
„ „ kapturowych i pod niemi . . .	7	5,55
„ „ ościowych (*mm. spinales*) i podościowych (*mm. subspinales*) . .	3	2,38
„ „ wielkim grzbietowym m. i okolicy grzbietu	6	4,76
„ „ wielkim zębatym	2	1,58
pomiędzy mm. grzbietowymi, bruzdką kręgową i w kanale rdzeniowym pomiędzy 2 i 5 kręgiem grzbietowym	1	0,80
pomiędzy wyrostkami poprzecznymi i łukami kręgów przenikające w kanał kręgowy . . .	1	0,80
w mm. okolicy lędźwiowej, krzyżowo-lędźwiowej, grzbietowo-lędźwiowej i w mm. lędźwiowych	14	11,11
W mięśniach ramienia	18	14,28
„ „ przedramienia	3	2,38
„ „ uda	27	21,42
„ „ goleni	11	8,73
„ „ miednicy i w mm. pośladkowych .	9	7,14

Jeżeli teraz zgrupujemy te przypadki w jeszcze większe działy, to okaże się, że najwięcej bąblowców, omal że nie trzecia część, przypadnie na mięśnie nogi (uda i goleni) 38 (30,15%), następnie wyżej $^1/_4$ przypada na mięśnie grzbietu i lędźwi 34 (27%), z liczby tej tylko 3 przypadki ze zmianami rdzenia, w których bąblowce znajdowano w kanale kręgowym (8,82%), następnie według częstości spotykanych przypadków idą w $^1/_6$ mięśni ręki 21 (16,66%), dalej mięśnie szyi i piersi 12 razy (9,53%) i mm. miednicy i części pośladkowych 9 (7,13%). Do najrzadszych należy bąblowiec mięśni ścian brzusznych 5 (3,97%), twarzy 6 (4,77%) i w końcu jeden przypadek bąblowca przepony (0,80%).

Z przypadków, zebranych przez Margueta przytoczę te trzy, w których bąblowce przeniknęły do kanału kręgowego.

Pierwszy z nich opisany przez Krabego[4]). Chora 16-letnia po uderzeniu w grzbiet uskarża się na bole, wskazując na wystający wyrostek ościsty 3 i 4 kręgu piersiowego; utrata zupełna ruchu i czucia w dolnych kończynach. Przy sekcyi znaleziono rdzeń rozmiękły na długości kilku cali; po przecięciu mięśni grzbietu skalpel przedostaje się na prawo od wyrostka ościstego w głąb torbieli, rozpościerającej się od żeber do ciała 5-go kręgu; na lewo pomiędzy ciałom kręgu i żebrami ropień wielkości jaja, usadowiony pod więzadłami. W pierwszej znaleziono haczyki i małe pęcherzyki, w których znajdowały się haczyki bąblowca, w drugim nie było ani jednych, ani drugich.

Drugi przypadek Dumoulina[5]) dotyczy chorego ze szpitala Hôtel Dieu: młodzieniec 25-letni uderzył się w plecy, poczem uczul ból ostry, który w dniach następnych umiejscowił się głównie w okolicy grzbietu, rozpromieniając się na piersi w postaci bolu palącego. Po miesiącu nastąpił niedowład dolnych kończyn i bezład ruchów. W parę tygodni pojawił się ból brzucha jakby po uderzeniu, który to znikał, to pojawiał się znowu w ścianach brzucha z uczuciem jakby ciężaru. Po przybyciu chorego do szpitala trwał nieustanny ból od 3-go kręgu grzbietowego do 1-go lędźwiowego. Objawy wiądu, jak niedowład kończyn dolnych, bezład ruchów szybko postępowały. Czucie na kończynach dolnych i tułowiu aż do podstawy klatki piersiowej przytępione. Zatrzymanie częściowe moczu i kału. W kończynach górnych nie stwierdzono żadnych zmian. Ból brzucha i uczucie ciężaru w ścianach brzusznych wciąż rosły, — przy wdechu tylko 5 górnych żeber się podnosi, przepona podnosi ściany brzuszne przy biernym stanie dolnych żeber. Wkrótce potem rozwinęły się ogromne odleżyny na krzyżach i pośladkach, na piętach i kostkach wewnętrznych, wędrująca róża twarzy, nieustająca gorączka, wreszcie śmierć. Sekcya wykryła w kanale rdzeniowym do dwunastu bąblowców. Leżały one pomiędzy 2 a 4 kręgiem grzbietowym. Autor przypuszczał z początku, że bąblowce usadowiły się w kanale kręgowym pierwotnie, lecz okazało się, że kilka oddzielnych bąblowców nie otorbionych miało pierwotną siedzibę na bróżdce kręgowej na wysokości 3 lub 4 kręgu i pod mięśniami tej okolicy. W torbielu znajdowało się wiele pęcherzyków, niektóre z nich jeszcze przeźroczyste. Cierpienie musiało być dawnem, prawe połowy kręgów grzbietowych w sąsiedztwie bąblowców były zmniejszone i zanikłe wskutek widocznie długotrwałego ucisku. Opony rdzenia były nienaruszone, choć bąblowiec na nie także uciskał. Trzecie spostrzeżenie Meliera[6]) dotyczy przypadku bąblowca, usadowionego pomiędzy wyrostkami poprzecznymi kręgów i przenikającego do kanału kręgowego. Szwaczka 29-letnia, silnej budowy, krwista, od lat pięciu doznawała silnych bolów grzbietu i lędźwi. Przyjęta do szpitala św. Ludwika, we 20 dni zmarła. Przy sekcyi, wykonując dwa cięcia wzdłuż kręgosłupa od wyrostków do kości krzyżowej spostrzeżono w okolicy średnich kręgów grzbietu, torbiel bąblowca bardzo cienką, którą przypadkowo rozcięto; była ona napełniona drobnemi ciałkami różnej wielkości, od wielkości śrutu do orzecha tureckiego. Były to pęcherze bąblowców, liczba ich przekraczała 20, po ich wydobyciu okazała się jama, ograniczona w części uciśniętymi, lecz zresztą niezmienionymi mięśniami, w części łukami piątego i szóstego kręgu grzbietowego, które były widocznie nadżarte w ten sposób, jak kości sąsiadujące z tętniakami, lub nowotworami. W samym kanale kręgowym, mniej więcej na wysokości zewnętrznego bąblowca, znaleziono ogromną ilość małych bąblowców pomiędzy twardą oponą rdzenia i kośćmi. Zajmowały one przestrzeń od 5. do 7. grzbietowego kręgu i uciskały rdzeń kręgowy, szczególnie na poziomie 6. kręgu, co wyjaśnia przyczynę niedowładu. Między 5. i 6. kręgiem łączyła się torbiel wewnętrzna z zewnętrzną.

---

[1]) Traité des Entozoaires. Paris 1860, str. 376.

[2]) Böcker. Dissert. inaugur. Berlin 1868.

[3]) E. Marguet: Kystes hydatiques des muscles volontaires, histoire naturelle et clinique. Paris 1888.

[4]) Marguet spostrz. 42 l. c. str. 258 i Krabbe Schmidt's Jahrbücher 1858. B. 99. Str. 104.

[5]) Marguet spostrz. 43 l. c. str. 258 i Dumoulin (Bullet. de Soc. anatom. 1847 XXII an. str. 321).

[6]) Marguet: Spostrz. 44 l. c. str. 259—260 i Melier (Journal général de med. de Sedillot. Paris, t. XCII, str. 54).

Późniejszy przypadek Schlagintweita[7]) zasługuje na uwagę ze względu na usadowienie się bąblowca, jak wewnątrz, tak i zewnątrz czaszki. Chora uskarżała się na bole głowy z prawej strony w okolicy potylicy, do czego wkrótce dołączyły się zawroty z osłabieniem wzroku i słuchu. Przy badaniu znaleziono w tylnej części szyi guz chełbocący; próbne przekłucie nie dało żadnych wskazówek rozpoznawczych. Badanie dna oka zapomocą wziernika stwierdziło tarczę zastoinową i połowiczną skroniową ślepotę. Leczenie przeciwkiłowe było bezskuteczne. Przypuszczano wewnątrzczaszkowy nowotwór. Nacięto guz na szyi i znaleziono w nim liczne pęcherze bąblowca. Komunikacyi z jamą czaszkową znaleźć nie było można. Pomimo tego jednak, wobec objawów mózgowych wykonano trepanacyę i stwierdzono między kością a oponą twardą mózgu drugie ognisko bąblowców. Wytworzenie się dwóch ognisk, nie będących z sobą w związku, tłómaczy autor przeniesieniem bąblowców drogą naczyń krwionośnych.

Bąblowce rdzenia kręgowego należą do bardzo rzadkich. Heller[8]) wylicza tylko znanych 12 przypadków bąblowca kanału kręgowego: w 6 z nich pasorzyt pierwiastkowo znajdował się zewnątrz kanału kręgowego, w 6 zaś innych wewnątrz niego; w dwóch z nich wewnątrz opony twardej. W przypadku, spostrzeganym przez Hellera w londyńskim „Guy hospital“ w 1870 roku, bąblowiec przenikał z kanału kręgowego zarówno ku przodowi do jam opłucnych, jak i ku tyłowi między kręgami grzbietowymi, tworząc mnóstwo wyniosłości.

Rzadkość bąblowców w kanale kręgowym ośmiela mnie, by podać i mój przypadek do publicznej wiadomości; będzie to bodaj pierwszy taki przypadek, opisany z Syberyi; — zanim jednak przystąpię do samego opisu, nie mogę pominąć kilku nasuwających się uwag wstępnych.

Któryś z uczonych określał stan cywilizacyi kraju ilością zużywanego mydła; nie będzie przesadą, jeżeli powiemy, że w krajach, mniej zużywających mydła, więcej spotykamy pasorzytów w ustroju ludzkim i że częstość ich może być także miarą kultury kraju. Pod tym względem Syberya wschodnia i sąsiednia Mongolia zdają się być krajami klasycznymi, a badacze znaleźliby tu prawdopodobnie, w ustroju ludzkim i zwierzęcym, mnóstwo nowych i nieopisanych odmian i szerokie pole do pracy. Życie krajowca — koczownika, obcującego z dziką przyrodą i ze zwierzętami, przebywającego w brudnem otoczeniu, całymi miesiącami nie myjącego się, wystawionego wciąż na niepogodę, pył i wiatry, odżywiającego się pierwotnie, mięsem baranieni na wpół surowem, a nieraz padliną zdechłego wołu lub konia, wszystko to stwarza podatne podłoże dla najróżniejszych pasorzytów; nie gorsze podłoże znajdują one i u nawpół cywilizowanych żyjących na Syberyi Rosyan, w znacznej części mieszańców (metysów). Nic też dziwnego, że n. p. tasiemiec zdarza się tu u $^1/_3$ części ludności, jak to stwierdziłem na podstawie sekcyi, dokonywanych przez lat wiele i statystyki zwracających się do mnie chorych. Co do bąblowca, to trudniej określić częstość jego pojawiania się, bo niewielu takich chorych udaje się do lekarzy, a jeszcze mniej przypadków opisano. Na 80 sekcyi spotkałem bąblowca w dwóch przypadkach, u mężczyzn (2,5%), a według statystyki berlińskiego zakładu anatomiczno-patologicznego znajduje go się średnio w 0,69% sekcyi.

Spostrzeżeń bąblowca ze wschodniej Syberyi ogłoszono mało, a spostrzeżenia ogłoszone dotyczą przeważnie wątroby, a mianowicie: Kaszma[9] i [12]), Podgórskiego[10]), Bogusławskiego[11]) i Talko-Hryncewicza[13]). Przypadki pierwszych trzech autorów ogłoszono w „Trudach Obszcz. Wraczej Wostocz. Sibiri w Irkutskie“, Talko-Hryncewicza w „Prot. Wraczej Eniseinskoj Gub. w Krasnojarskie“. Oprócz tego jeden przypadek bąblowca operował w Irkucku dr Astaszewski, który o tem krótko zdał sprawę w Towarzystwie lekarskiem. W tej stronie więc, w której niegdyś nieśmiertelny badacz Syberyi Pallas pierwszy opisał bąblowca w r. 1766[14]), dotąd pod tym względem mało zrobiono. Aby stwierdzić, jak często zdarza się bąblowiec u bydła, prosiłem dr Dudukałowa, latem 1905 r. czasowo pracującego na stacyi przeciwksięgosuszowej na rzece Iro w Mongolii (odległej o wiorst 80 na północny wschód od Troickosawska) o dane, uzyskane przy wybijaniu bydła. Otóż według niego znajdowano w 25% bąblowca wątroby i płuc u bydła[15])

Nasz przypadek, bodaj pierwszy przypadek bąblowca w kanale kręgowym, spostrzeżony w Syberyi, jest następujący:

Kozak ze stepów uralskich, Iwan Fiodorow, 36-letni, przybył w 13. roku życia do wschodniej Syberyi i posługiwał w jednym z zakładów fotograficznych w Irkucku, następnie przeniósł się do Troickosawska, a stąd, mając lat 22, wyjechał do Urgi w Mongolii, gdzie lat kilkanaście przemieszkiwał, chwytając się rozmaitych zajęć. Służył w jednej firmie handlowej, zajmował się trochę sam handlem; a z dawnych czasów poduczywszy się nieco fotografii, brał kilkakrotnie udział jako fotograf w wyprawach naukowych na Wschód i robił częste wycieczki po Mongolii z polecenia urgińskiego rosyjskiego konsulatu, trwające miesięcy kilka, a czasem i lat parę. — Pędząc życie koczownicze, był F narażony na bardzo szkodliwe wpływy, jak zmiany klimatyczne, przeziębienia, uderzenie przy spadaniu z konia; przy forsownej jeździe konnej robił nieraz po 300—400 wiorst w ciągu doby; do niewygód był przyzwyczajony i fizyczne zmęczenie znosił łatwo. W podróżach musiał się nieraz czas długi żywić sucharami, nawpół surową baraniną, a nieraz i mięsem zdechłego zwierza, zdarzał się też czasem i zupełny brak pokarmu i wody. Wogóle życie pędził pracowite i bardzo skromne, napojów wyskokowych nie używał zupełnie, przymiotu nigdy nie przebywał; płciowym nadużyciom nie oddawał się. Czuł się zawsze zdrowym; gośćca i chorób zakaźnych nie przechodził. W r. 1900 poczuł ból w tylnej części szyi, w okolicy górnych kręgów szyjnych i zauważył tu guz. Z początku, według chorego, guz ten był twardy i przeszkadzał mu poruszać głową, zmuszając chorego podnosić ją ku górze. Pomimo tego zajmował się handlem i dużo jeździł konno. W r. 1902 guz na szyi zaczął się zwiększać, pojawiły się bole w prawej połowie ciała, w ręce i nodze, uczucie odrętwienia i mrowienia, potem prawostronny niedowład, przyczem był lekki ból głowy z głuchotą na prawe ucho i lekkim niedowładem prawej połowy twarzy. Chory przytem mógł jednak chodzić. W Urdze zwrócił się do lekarza. Po zażywaniu jodku potasu i smarowaniu guza szyi nalewką jodową, jak powiada, uczuł ulgę. Wszystkie objawy miały zniknąć, oprócz guza i F. do lekarza więcej się nie udawał. Być jednak bardzo może, że za przykładem wszystkich Rosyan miejscowych zasięgał rady lamów, przedstawicieli tybetańskiej medycyny. Polepszenie miało być tak znaczne, iż pomimo zesztywnienia szyi skutkiem istniejącego tu guza mógł chory w jesieni 1904 r. przez cztery miesiące podróżować po zachodniej Mongolii, robiąc po kilkaset wiorst na dobę konno i nie czując zna-

[7]) Deutsche Zeitschr. f. Chir. III. 76.

[8]) Arnold Heller: patrz U. v. Ziemssen. „Rukowod k czasti patołohii i terapii“. T. III, 1876, str. 288—289 (tłóm. rosyjsk.).

[9]) Kaszina: „4 słuczaja akefałonistow“ (1863—6422).

[10]) Podgórski: O hidatidach peczeni“ (1864—6522).

[11]) Bogusławski: „Demonstrirowanie słuczaja poczecznych akefałonistow“ (1865—6622).

[12]) Kaszina: „Jeszcze nieskolko słuczajew nachożdjenija hidatidow peczeni“ (1865—6622).

[13]) Talko-Hryncewicz: „Słuczaj echinokoka peczeni“ (1893—9422).

[14]) Neue nordische Beiträge. Spb 1781. 1. Str. 83.

[15]) Prof. N. A. Chołodowskij w Petersburgu, na którego prośbę posłałem kilka egzemplarzy tasiemca, dobytego u chorych, oznaczył wszystkie jako *Taenia saginata* (= *mediocanellata*), a bąblowce płuc i wątroby z 7 wołów *(Cysticercus bovis)* jako bąblowce tegoż tasiemca.

czniejszego zmęczenia. Stan ten z niejakiemi zmianami, mianowicie ze zmiękniemiem i bezbolesnością obrzęku i powrotem łatwiejszych ruchów głowy, trwał około roku, a mianowicie do początków stycznia 1905 r. W tym czasie F. pojechał za sprawunkami, wiorst 400 konno, do Troickosawska i tu, przebywszy dni kilka, poczuł oniemienie w prawej ręce i nodze, a we 2—3 dni utracił w nich władzę, tak, że musiał położyć się do łóżka. 18 stycznia wezwano felczera, który zalecił środki przeciwgośćcowe, a w dni pięć potem, t. j. 23. zwrócono się do mnie.

Stan chorego był następujący: F. wygląda młodziej, niżby powinien na swoje lata; wzrost nizki, budowa szczupła, gdyż choć kościec i mięśnie rozwinięte prawidłowo, tkanka tłuszczowa podskórna rozwinięta słabo. Przy badaniu narządów piersiowych i brzusznych nie znaleziono żadnych zmian patologicznych, tony serca czyste i prawidłowe, tętno 75, ciepłota ciała 37° C.

Chory leży nieruchomo na łóżku; prawe kończyny dolna i górna zupełnie porażone; chory uskarża się na uczucie w nich ciężaru, jakby były nalane ołowiem; kończyny te są cieplejsze, niż kończyny strony drugiej. W lewej ręce uczuwa chory ból i mrowienie, lecz ruch i czucie w niej zachowane; czucie w chorych kończynach nieco przytępione. W tylnej części szyi dosyć znaczne wypuklenie, znaczniejsze po stronie prawej. Wypuklenie to rozpoczyna się od dolnej potylicznej części głowy i wierzchniej szyi, na poziomie 3—4 kręgu szyjnego staje się najwydatniejsze, tak że kręgów nie można namacać; stąd przechodzi ono na zlekka tylko obrzękłą okolicę dolnych kręgów szyjnych. Na innych częściach szyi i głowy przy starannych oględzinach nie znaleziono żadnych zgrubień skóry, ani bolu przy dotknięciu; nie znaleziono również żadnych śladów niedowładu w mięśniach twarzy, ani jej asymetryi; źrenice oddziaływają prawidłowo na światło; dźwięk i siła głosu niezmienione. Przypuszczając nowotwór części szyjnej rdzenia kręgowego, uciskający na niżej leżące części rdzenia i nerwy i wywołujący niedowład kończyn, zaleciliśmy choremu jodek potasu po 0,3 trzy razy dziennie. W ciągu dni następnych stan chorego pogorszył się; chory stopniowo tracił władzę w lewej ręce; pojawiło się zatrzymanie moczu i kału, głos stał się słaby, ledwo słyszalny, przełykanie i mowa utrudnione. Przy badaniu stwierdzono znaczne przytępienie czucia obu rąk i prawej nogi. Na tułowiu czucie dotyku zachowane do wysokości brodawek sutkowych, poniżej nich osłabione. Tętno 75, ciepł. 36,9. Pozostawiono jodek potasu i podano wino. Chorego umieściłem w szpitalu miejskim pod opieką miejscowego lekarza dra Dudukałowa, przyczem i ja go jednocześnie odwiedzałem. Stan chorego wciąż się pogarszał; nazajutrz utracił on władzę i w lewej nodze, twarz blada, mówi szeptem, połykać nie może, oddech utrudniony, przytomność jednak zachowana. Mocz i kał zatrzymany, ciepłota 36.9, tętno 70, noc bezsenna. 1 lutego chory noc spędził spokojniej; twarz zaczerwieniona, stan nieco podniecony. W szpitalu zastosowano ciepłe wanny i elektryczność. 3 lutego stan takiż; postawiono 6 ciętych banick w okolicy kręgów szyjnych. 4 lutego ciepłota nagle podniosła się do 40° C., i chory, nie tracąc przytomności, przy ogólnych objawach porażenia 5 lutego o 5-tej godzinie rano życie zakończył.

Za zgodą rodziny 6 lutego wespół z drem Dudukałowem dokonaliśmy częściowej obdukcyi zwłok zmarłego. Po rozcięciu miękkich części szyi pod mięśniami, niżej kręgu szczytowego spostrzeżono pęcherz wielkości orzecha włoskiego, poniżej kilka mniejszych, przyczepionych do mięśni, od wielkości grochu do orzecha laskowego; takimiż pęcherzami w kierunku lewego brzegu szyjnej części kręgosłupa były usiane mięśnie. Pęcherzyki napełnione jasnożółtawym płynem, w którym pływały drobne ciałka różnej wielkości. W młodszych pęcherzykach ścianki były cienkie, w starszych grubsze i zbudowane warstwowo, w innych ściana była stwardniała, przedstawiająca różne stopnie zwapnienia; inne były zapadnięte, o ścianach pomarszczonych. Po rozcięciu ścianek brzegi się zawracały. W kanale kręgowym, począwszy od kręgu szczytowego do 5. kręgu szyjnego, pomiędzy oponą twardą, a kością, znaleziono mnóstwo drobnych pęcherzyków, które znacznie uciskały na rdzeń; niżej leżąca część rdzenia była rozmiękła i przekrwiona.

Sekcya wyjaśniła przeto, że mieliśmy przed sobą nie nowotwór, ale bąblowca, co potwierdził na posłanych mu preparatach prof. N. A. Chołodkowskij w Petersburgu. Chociaż za życia nie mogliśmy znaleźć przyczyny choroby, niemniej potwierdziło się przypuszczenie nasze, że przyczyną objawów niedowładu był ucisk na rdzeń kręgowy. Dla przekonania się, czy nie ma bąblowców w wątrobie, gdzie się je najczęściej spotyka, zbadaliśmy starannie także ten narząd. Wątroba była średnich rozmiarów, przekrwiona, budowa zrazikowa na przekroju wyraźna, bąblowców nigdzie nie było; pęcherzyk żółciowy napełniony zwykłą żółcią. Skutkiem niezależnych od nas przyczyn, nie mogliśmy niestety wykonać zupełnej sekcyi i musieliśmy się ograniczyć tylko do narządów wyżej wspomnianych.

Zgodnie z występującymi objawami i przebiegiem choroby można przypuszczać, że pierwiastkowem siedliskiem bąblowca były mięśnie szyi, przylegające do kręgosłupa, skąd bąblowce przeniknęły do kanału kręgowego. Choroba musiała się rozwijać stopniowo w ciągu 4—5 lat, być może i dłużej, o ile sądzić można z tego, że obok świeżo rozwijających się młodych kolonii były i martwe bąblowce, przechodzące przemianę wsteczną, bez płynu, z zapadniętemi zmarszczonemi ściankami, leżące w torbieli, inne zaś częściowo lub w całości zwapniałe. Co do przyczyn usadowienia się bąblowców w mięśniach, to, jak wiadomo, pewna część autorów przypisuje je uderzeniu lub silnemu fizycznemu naprężeniu mięśni. Na 126 przypadków, zebranych przez Margueta[16]), w 21, t. j. w 16,67% wspomniano o takich wpływach, a mianowicie w 2 spostrzeżeniach Dupuytrena i po 1 Krabbego, Dumoulina, Pozzi, Tuffiera, Tapiego, Delpecha, Bullmorea, Balla, Grossa, Bouilleta, Bide-Boncoura, Helda, Reclusa, Pavela, Thomas Bryanta, Jonassena, Peana, Bobriego i Polaillona. W naszem spostrzeżeniu chory nie wspominał o uderzeniu; być może, że działało tu silne naprężenie mięśni szyjnych przy konnej jeździe. W przypadkach Margueta nie znajdujemy wskazówek, ażeby który z chorych zaraził się od psów; i my także o naszym przypadku napewno tego twierdzić nie możemy, chociaż wiemy, że F. mieszkał w Urdze, miejscowości, w której jest mnóstwo psów, a tępienie ich jest uważane za występek; prócz tego chory nasz, nieraz goszcząc u Mongołów koczowników, jadł i pił z ich naczyń, a jak wiadomo, czystość pośród nich zupełnie nie jest przestrzeganą. Jedzą z drewnianych czasz, których nigdy nie myją, a wylizują językiem; z tych samych naczyń jedzą nieraz psy, a po nich ludzie. Nie używając łyżek, zupę piją Mongołowie, dotykając ustami brzegu czaszy. Sądzimy, że przy tem o zarażenie się od psów nie trudno Dzięki przypadkowi powiodło się nam wyjaśnić na stole sekcyjnym nierozpoznaną za życia chorobę. Gdyby sekcye częściej były możliwe, to wiele pouczającego materyału nie ginęłoby napróżno, a przypadki bąblowca w Syberyi w mięśniach i kanale kręgowym okazałyby się zapewne jeszcze o wiele częstszymi, niż to obecnie się przypuszcza.

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Dürck. **Jak należy przesyłać przedmioty do badania?** *(Münch. med. Wochft.* Nr 30, 1906). Autor podaje praktyczne wskazówki, jak należy przesyłać przedmioty do badania, by w drodze nie uległy popsuciu i zniszczeniu, lub by sposób ich zachowania nie utrudniał potem następowego badania. Tkanki, wycięte lub zebrane do badania, należy przesyłać jedynie w 10% formalinie. Alkohol utrudnia bowiem mrożenie następowe, środki przeciwgnilne wywołują pęcznienie i rozluźnienie się tkanek, podobnie woda lub rozczyn soli kuchennej. Całe narządy lub duże guzy przesyłać należy też w formalinie w pęcherzach wołowych lub dużych naczyniach, ewentualnie (gdy zakład do badania leży blizko) w szmatach zamoczonych w formalinowym rozczynie. Przesyłanie w formalinie ma jeszcze tę dodatnią stronę, że formalina nie wyciąga z tkanek trucizn, co w badaniach sądowo-lekarskich ma wielkie znaczenie. Dołączać tylko należy do tego flaszeczkę z nierozcieńczoną formaliną (z flaszki, którą się

[16]) L. c. str. 205—358.

użyło), bo czasem zawiera ona ślady arszeniku. Przedmiot do badań bakteryologicznych przesyłać należy w naczyńkach wyjałowionych (gotowaniem lub na sucho), krew, mocz lub stolce do badań powyższych w rurkach szklannych, zalepionych lakiem. Dobrze też jest przesyłać wprost preparaty, na szkiełku nasmarowane (Ausstrichpräparat) choćby na kawałku szyby, gdy szkiełka niema pod ręką (zawinąć w papier). Większe przedmioty do badania bakteryologicznego posyłać należy w opakowaniu, w lecie z lodem. Nasienie przesyłać należy najlepiej do badania zaschnięte na czystych płóciennych szmatkach na sucho. *Klęsk.*

Leuriaux i Geets. **Hodowla krętka bladego Schaudinna.** (*Centr. f. Bac.* 1906 *(Originale)* T. XLI, str. 684). Autorowie donoszą, że udało im się wyhodować z wydzielin kiłowych, uzyskanych bezgnilnie, krętka, który „dochodzi do tego okresu postaciowego dopiero po przejściu całego szeregu przemian, dotąd jeszcze nie opisanych“. Krętek ten *(spirochaete)* wytwarza się z postaci kulistej, która z wejrzenia przypomina *cytorrhyctes luis* (Siegel), następnie przechodzi przez okres świdrowca (*trypanosoma*), i osiąga postać *treponema* po dalszych przemianach. Jako pożywki używali autorowie mieszanki, składającej się z 2 części płynu mózgowo-rdzeniowego (z kiłowych w okresie drugorzędnym) i jednej części obojętnego bulionu z peptonem. Zaszczepiwszy wydzielinę kiłową do tej mieszaniny, po dniach 3 lub 4 badali autorowie „kroplę wiszącą“ — pożywka w tym czasie nie mętniała — i znajdowali w niej twory delikatne, nadzwyczaj ruchliwe. Ruchy są szybkie, a przerywane. Mieszaninę z rosnącą hodowlą centryfugowali autorowie przez 20 minut, płyn jasny oddzielali pipetą, a drobny osad zasiewali na stężałą wieprzową surowicę. Po 3—4 dniach wyrastała hodowla w postaci białawej, lepkiej, ciągnącej się powłoczki. Hodowla nie wyrasta na zwykłych pożywkach, ani w surowicy płynnej. Preparaty z hodowli 5-dniowej, barwione sposobem Gemsy, dawały różnorodne obrazy. Najobficiej można było widzieć postacie owalne, zabarwione różowo-fiołkowo z jądrem ciemno-fioletowem. Otacza je pochewka protoplazmatyczna, więcej lub mniej wydłużona. Jądro samo miewa przeróżną postać, czasem wielopłatowe, czasem wydłużone w pałeczkę. Twory te odpowiadają wymiarami i wejrzeniem pasorzytowi, opisanemu przez Siegla *(Münch. med. Wochs.* 1905). Hodowle starsze, 6—7-dniowe, zawierają te same twory, tylko nieco dłuższe. Później jądro staje się coraz delikatniejsze, wydłuża się, zaczyna falować i zbliża się wejrzeniem do krętka bez widzialnej otoczki. Rozwój ten, którego bliższe szczegóły autorowie podają, nasuwa im myśl, że krętek Schaudinna jest tylko jedną z postaci, jakie wytwarza jakiś pierwotniak w swem życiu.

E. Stahr.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Ch. Alibertin. **O równoległości między stanem krwi i szpiku kostnego przy niedokrwistości złośliwej.** (*Semaine med.* 1906 Nr 33). We wszystkich rodzajach niedokrwistości istnieje niezaprzeczalny związek między stanem krwi i szpiku kostnego. Możemy to stwierdzić i w różnych postaciach niedokrwistości złośliwej. I tak w postaci aplastycznej obniżenie bezwzględnej ilości ciałek wielojądrzastych i brak myelocytów każą przypuszczać, że szpik jest dotknięty w swej zdolności wytwarzania ciałek białych, a brak wielobarwliwości (polichromatofilii), brak krwinek czerwonych karłowatych i olbrzymich, oraz jądrzastych, każą się domyślać zaburzenia w wytwarzaniu krwinek czerwonych. Wówczas oprócz gwałtownego przebiegu klinicznego stwierdzamy przy sekcyi szpik żółty, tłuszczowy i bezwzględnie nieczynny, jako potwierdzenie wniosku. W postaciach z tzw. odczynem płodowym równoległość stanu krwi i szpiku jest wybitna, bo szpik tworzy komórki niezróżniczkowane, a we krwi znajdujemy przewagę ciałek jednojądrzastych bezziarnistych, często bazofilnych. W niedokrwistościach złośliwych z t. zw. odczynem myeloidowym pozornie brak równoległości. We krwi bowiem znajdujemy mało krwinek czerwonych, mało krwinek jądrzastych, leukocytów i myelocytów, szpik kostny zaś jest czerwony i wybujały, beztłuszczowy. Ta pozorna rozbieżność tłómaczy się pełną zależnością stanu krwi nietylko od produkcyi szpikowej, lecz również od niszczenia składników krwi w krążeniu i w narządach hemolitycznych. Podobny stan znajdujemy w durze brzusznym, gdzie we krwi stwierdzamy znacznego stopnia leukopenię, a w szpiku znaczną hyperplazyę leukocytową, co zależy od znacznego rozpadu leukocytów. Ślady tego rozpadu znajdujemy w śledzionie, w gruczołach, a także w samymże szpiku kostnym. O ile w durze brzusznym polinukleoza, a zwłaszcza myelocytoza krwi pozwala wnosić o wzmożonej twórczości narządu krwiotwórczego, to znowuż w niedokrwistości złośliwej istnienie we krwi ciałek jądrzastych, poikilocytozy, anizocytozy i wielobarwliwości świadczy o bujaniu szpiku. Paradoksalnem na pozór zjawiskiem jest podobne bujanie szpiku kostnego, jak w niedokrwistości złośliwej w opisanej przez Vaqueza t. zw. *Cyanosis cum polyglobulia progressiva.* Cierpienie to znamionuje się nadmiarem krwinek czerwonych, dochodzących do 10 milionów, równoległem wzmożeniem się liczby leukocytów, przyczem nadmiar krwinek w krążeniu jakby rozsadza naczynia włosowate i przekształca je w naczyniaki. Różnica między niedokrwistością złośliwą a chorobą Vaqueza polega tylko na tem, że w pierwszej wytworzone składniki krwi zostały we krwi zniszczone, gdy natomiast w drugiej pozostały nienaruszone i składają się na obraz kliniczny. Ta przewaga rozpadu krwinek nad odradzaniem daje powód do nazwy „niedokrwistość złośliwa“. Między stopniem zmian we krwi, a stopniem odczynu szpikowego nie koniecznie musi istnieć proporcyonalność w różnych okresach rozwoju choroby. *Dr Blassberg.*

Jules i Roger Voisin. **O zastosowaniu bromku potasu w padaczce.** *(Presse méd.* Nr 68, 1906). Stosowanie soli bromowych, a zwłaszcza bromku potasu, uważają autorowie za najdonioślejsze w leczeniu padaczki. Aby ułatwić przyswojenie leku, radzą różni autorowie jużto zabiegi wodolecznicze (zmywanie zimną wodą, kąpiele słone, natryski z początku letnie, później nawet zimne), jużto zabiegi fizyczne (miesienie, wstrzykiwanie roczynów soli w małych dawkach), a wreszcie pewne dodatki (lecznicze) do bromków. Niektórzy radzili podawać równocześnie z bromem środki odkażające jelita; Gilles de la Tourette radził będźwinian sodowy; jeden z autorów gorąco poleca dodatek pilokarpiny w następującym przepisie: *Rp. Kalii bromati 70,00, Pilocarpini muriat 0.035, Syrupi cort. aurant. 400,00, Aquae 600,00.* Brom dawkuje się wedle wieku chorego, wedle jego wrażliwości na lek, wedle częstości napadów i wedle skłonności do zatrucia bromem. Należy zwrócić baczną uwagę i na to, że jak do każdego leku, tak i do bromu ustrój łatwo przywyka. Aby zwalczyć to przyzwyczajenie się, radził n. p. Charcot dawki stopniowo zwiększać, potem stopniowo zmniejszać i po przerwie krótszej lub dłuższej znowu stosować tak samo brom. Autorowie zwracają uwagę na doniosłość dyety. Chlorki zachowują się w ustroju tak samo wobec tkanek, jak bromki, a więc im chlorków wprowadzamy mniej, tem bardziej ułatwiamy zadanie bromkom, czyli innymi słowy dyeta bezchlorowa (bez soli kuchennej) pomaga w działaniu bromkom. Autorowie przekonali się, że brom znacznie dłużej działał u chorych, którym po obfitem podawaniu bromków dawano strawę bezchlorową, niż u tych, którzy spożywali sól po zaprzestaniu bromków. Ale że nieda się w praktyce przeprowadzić, by chorzy stale wśród leczenia bromem nie używali soli, bo chudną i nędznicją, a nawet i do takiego leczenia ustrój zdoła przywyknąć tak, że się staje bezskutecznem, radzą autorowie tak postępować: 10 dni dyeta zwykła i 4 gramy KBr., potem 10 dni dyety zwykłej i 10 gramów KBr., a na koniec 10 dni dyety bezchlorowej i bez KBr. Autorowie uważają takiego chorego za uleczonego, który conajmniej przez rok nie miał żadnego napadu, ale i wtedy radzą nadal podawać brom, tylko z coraz dłuższemi przerwami w leczeniu. *Stahr.*

Wegele. **O postępach w rozpoznawaniu i leczeniu chorób żołądka i jelit.** *(Würzb. Abhandl.* Z. 2, 1906). Po obszernym wstępie, kreślącym rozwój nauki o chorobach żołądka i jelit, przechodzi autor do omówienia nowszych zdobyczy na tem polu. Wrzód żołądka staramy się obecnie rozpoznać, podając środki uśmierzające (ortoform, anestezynę), lub drażniące (azotan srebra) chorą błonę śluzową. U osób, przywykłych do płukań żołądka, można też użyć do tego celu 20% chlorku żelaza w litrze wody, poczem występuje silne palenie w żołądku. Krew w treści żołądka lub jelit obecnie wykryć można próbą Rossela (aloina w 3% rozczynie 60% wyskoku), lub też z pomocą wody utlenionej podług Schillinga. Próba Rossela jest o tyle niepewną, że i włókna mięsne dają przytem dodatni wynik. Krwawienie żołądkowe staramy się wstrzymać, stosując odpowiednią dyetę, odżywianie zapomocą lewatyw odżywczych, użyciem wlewań podskórnych rozczynu soli, podskórnemi wstrzykiwaniami gelatyny (Mercka), lub wewnętrznie podaną adrenaliną (30 kropli rozczynu 1‰ 2 razy w odstępach godzinnych). Landau i Hirsch polecają wstrzykiwanie śródmięśniowe 1—2 grm. stagniny. W razie silnego krwotoku pozostaje w końcu operacya (połączenie żołądka z jelitem). W lewatywach odżywczych najlepiej podawać: *Rp. Pepton. sicc. Sacch. aa* 25,0 *Aq. dest.* 500,0. Wobec dobrych wyników operacyi nie należy z nią zwlekać w przypadkach rozszerzenia żołądka, zwężeń odźwiernika, możliwości nowotworu itd. Rozszerzenie leczyć należy ewentualnie płukaniami i podawaniem potem zrana 30—50 gr. oliwy. (Cohnheim). W chorobach trzustki i biegunkach tłuszczowych z dobrym skutkiem podaje się „pankreon“ w kołaczykach. W chorobach jelit postęp nauki jest o wiele wolniejszy. Prześwietlanie przełyku i kiszki stolcowej rozjaśniło trochę sprawę. Kiszkę stolcową można rektoskopem oglądać do wysokości 35 ctm. Badanie stolców jest właściwie jedyną drogą bezpośredniego rozpoznawania chorób jelit. Wielka ilość nie-

strawionych włókien mięsnych przemawia za przewlekłym nieżytem jelit cienkich lub cierpieniem trzustki. Zaburzenie kiszkowe cechuje też większa ilość skrobi w kale. Spotykamy wtedy nieraz też w kale wielką ilość grzybków, barwiących się płynem Lugola błękitno. Bilirubinę wykrywa się, rozcierając kał ze zgęszczonym rozczynem sublimatu (zabarwienie zielone). Kał według badań Oefelego powinien zawierać średnio: wody 74—84%, suchej substancyi 16—26%, białka 4—8%, dekstryny 2—6%, zmydlonych tłuszczów 6—10%, lecytyny i tyrozyny po 4—8%. Poza temi granicami spotykamy już stosunki chorobowe. Badanie takie kału wymaga jednak już większych wiadomości chemicznych i specyalnej pracowni. Lohrisch poleca badanie kału sposobem Hampela. Strassburger i Schmidt wprowadzili znów próbę fermentacyjną. Silne, kwaśne fermentowanie kału dowodzi zaburzeń kiszkowych. Stosunek drobnoustrojów, ich jakości i ilości w kale, nie jest jeszcze ustalony. Że są one potrzebne, to nie ulega wątpliwości, ale za duża ich ilość jest bezwątpienia bardzo szkodliwą. Próby odkażania przewodu pokarmowego, chociaż dotąd niezupełnie pomyślne, dają jednak zachęcające wyniki. Odkażanie działa korzystnie i na inne choroby ustroju, choćby n. p. naskórne. Środki odkażające dobrze jest podawać w wprowadzonych obecnie przez Sahliego kapsułkach glutoidowych. Odkażające lewatywy i płukania (chinosol, jodoform, salicyl, garbnik) działają nieraz korzystnie. Jodoform podaje się w lewatywie. *(Rp. jodoformi* 1,0 gr., *mixturae gummosae* 100,0, *aquae destil.* 1000,0. Zanadto silny rozkład w jelitach staramy się zwalczać dyetą ściśle mleczną i posilną. W razie fermentacyi kwaśnej w kiszkach podaje się dyetę tłuszczowo-białkową z wyłączeniem węglowodanów. Brauner i Rieder radzą celem dokładnego zbadania położenia żołądka i jelit prześwietlać je promieniami Röntgena po poprzedniem zadaniu bizmutu wewnętrznie. *Klęsk.*

CHIRURGIA. Dönitz. **Jak unikać złych wyników przy znieczuleniu lędźwiowem.** (*Münchener med. Wochenschr.*, Nr 28, 1906).

Deetz. **Doświadczenia z 360 znieczuleń lędźwiowych stowainą i adrenaliną.** (Tamże).

Becker. **Operacye w znieczuleniu lędźwiowem.** (Tamże).

Trzy wspomniane prace są dalszym przyczynkiem do coraz szerzej rozwijającego się znieczulenia lędźwiowego. Dönitz, asystent kliniki chirurgicznej w Bonn, zwraca uwagę, że skuteczność znieczulenia, tudzież występowanie lub nie powikłań po niem zależy w wielkiej mierze od techniki wykonywania samegoż nakłucia. Dawek nie powinno się używać dużych, jako normalną (stowainy) 0,06. Znakomicie dopomaga znieczuleniu położenie z głową w dół, na chwilę po wstrzyknięciu, podane przez Kadera. Środek znieczulający należy rozcieńczyć płynem mózgowordzeniowym, przez co można malemi dawkami wywoływać wysokie znieczulenia. O bliższych szczegółach tego sposobu zamierza autor pomówić w osobnej pracy później. Występowanie znieczulenia badać należy nie podmiotowo, lecz przedmiotowo, t. j. obserwując zachowywanie się odruchów kolanowych, które giną przy wystąpieniu znieczulenia. Wpływ działania środka znieczulającego na rdzeń przedłużony badał autor, wstrzykując psom stowainę między pierwsze dwa kręgi szyjne i przekonał się, że znika przytem najpierw oddech, a akcya serca trwa jeszcze dalej. To samo spostrzegać można i na ludziach przy stosowaniu silnych dawek lub wysokich znieczuleń (4 przypadki przytoczone). Wstrzykiwać należy tylko w linii środkowej z zatyczką w igle. Płynu używać najlepiej 4 prc. (stowainę w rozczynie soli). Przytoczone w literaturze przypadki śmierci pochodzą bezwątpienia z innych przyczyn. Do wysoko sięgających znieczuleń używa się tropakokainy (0,05) w 10 ctm. płynu mózgowordzeniowego.

W klinice chirurgicznej w Rostocku stosuje się znieczulenie lędźwiowe dopiero od maja r. b. Wykonano 360 znieczuleń, z tego u 6 chorych trzykrotnie, u 23 dwukrotnie. Dołączony spis operacyi wykazuje, że operowano w znieczuleniu prawie wszystko na kończynach dolnych, brzuchu i klatce piersiowej. Średnio stosowano 0,06 stowainy. Dwóch chorych zmarło; śmierć ich nie stoi jednak w łączności ze znieczuleniem, bo jeden umarł przy początku operacyi ogólnego ciężkiego zapalenia otrzewnej, a drugi w 5 tygodni po operacyi na gruźlicę opon. Bole głowy Deetz obserwował na 360 przypadków w 50. Trwały one do 3 dni z reguły, raz tylko 2 tygodnie, a u jednego chorego 6 tygodni (do chwili obecnej). Z innych objawów następowych obserwowano przemijającą sztywność karku (pochodzi ona od podrażnienia opon sodą, jeżeli strzykawki nie wypłucze się dobrze wodą). U jednej chorej z powodu objawów podrażnienia opon wykonano 4 duże ponowne nakłucia. W płynie mętnym wykazano ciałka białe, lecz drobnoustrojów nie było. Na klatce piersiowej operowano ze znakomitym wynikiem 9 razy. Autor pochwala metodę, lecz na razie radzi ją stosować tylko w szpitalach i klinikach.

Becker stosuje do znieczulenia lędźwiowego gotowy preparat firmy Riedel, składu: Stowain 0,04, Epirenan 0,0001, Acid. bor. 0,00004, Natr. chlor. 0,0011 w fiolkach szklannych o zawartości 1 lub 2 ctm. Przy wstrzyknięciu wypłukuje resztę ze strzykawki z pomocą aspiracyi płynu mózgowordzeniowego. Płynu nie należy wypuszczać dużo, gdyż zwiększa to potem pooperacyjne uboczne objawy. Położenie z głową w dół wykonywa autor przez 10 minut. Największą dawkę stosował autor 0,104. Znieczulenie najwyższe sięgało do szyi. Występujące po operacyi objawy są zupełnie podobne do choroby morskiej, są jednak nieznacznego stopnia i chorzy przenoszą znieczulenie lędźwiowe nad uśpienie ogólne. Z objawów tych wspomnieć należy o wymiotach krótkotrwałych, bolach w krzyżach, podniesieniu ciepłoty, bolu głowy, sztywności karku i t. d. Autor poleca chorym po operacyi siedzieć w łóżku, by unikać przekrwienia opon. Raz obserwował przejściowy niedowład nerwu odwodzącego i okoruchowego. Po znieczuleniu jama brzuszna jest zupełnie znieczuloną z wyjątkiem środka ścięgnistego przepony. Czasem pociąganie za krezkę odczuwali chorzy jako ból w okolicy żołądka. Na 135 wkłuć w 12 nie osiągnięto znieczulenia. W ostatnich czasach w przypadkach, które zawodzą, stosuje autor ponowne wstrzyknięcie (0,04 stowainy) tak, że dawka czasem przekracza 0,1. Znieczulenie wtedy występuje na pewno. Za szczególnie wskazane uważa autor znieczulenie u ludzi starych i wyniszczonych, dalej na wojnie i przy powikłaniach ze strony nerek i serca. Dodatnią stroną metody jest też fakt, że w czasie operacyi można porozumieć się z chorym o ewentualnej potrzebie innej operacyi, jak zamierzono, n. p. amputacyi i t. d. Uśpienie ogólne w razie ustania znieczulenia przebiega w przypadkach tych bardzo lekko. Przy znieczuleniu lędźwiowem niema okresu podniecenia. Wadami tego sposobu są: Technika przedstawia w drobnostkach pewne trudności. Nie można operować na głowie, szyi i kończynach górnych i klatce piersiowej. Nie nadaje się do małych zabiegów, bo należy chorego obserwować pewien czas po wstrzyknięciu. Niemiłemi też są nieudałe wstrzyknięcia i objawy następowe. Operować należy przy metodzie tej szybko i pewnie, gdyż chory jest świadkiem wszystkiego. W zakładach leczniczych jednak ma już ta metoda prawo obywatelstwa.

(Deetz przypuszcza, że jeszcze dotąd w znieczuleniu lędźwiowem nie operowano na klatce piersiowej. Otóż w odpowiedzi na to zaznaczyć muszę, że w klinice chirurgicznej krakowskiej stosuje prof. Kader to znieczulenie od dłuższego czasu już nietylko przy operacyach na klatce piersiowej, ale na szyi i kończynach górnych. Do znieczulenia używa się tylko tropakokainy. Podobnie stosuje się też w naszej klinice ponowne wstrzyknięcie lędźwiowe w razie, gdy operacya trwa długo i pierwsze znieczulenie już ustępuje. Technika, jak wspominają autorzy, jest trudną, choć w „drobnostkach" i te drobnostki należy poznać dokładnie, a wtedy metoda ta nie będzie zawodzić zupełnie, a jeżeli czasem zawiedzie, to pewnie z powodu jakiejś właśnie „drobnostki" w wykonaniu i błąd łatwo da się wyszukać. Słów tych kilka skreślono celem zaznaczenia stanowiska naszej kliniki, obszernie będzie to opisane w osobnej pracy. (*Przyp. refer.*). *Klęsk.*

Döderlein. **Bakteryologiczne badania doświadczalne co do obecności drobnoustrojów w ranach i sposób zapobiegania temu.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 28, 1906). Na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy i przyrodników w Tybindze wygłosił Döderlein odczyt pod powyższym tytułem. Badania bakteryologiczne jamy brzusznej i ran powłok, wykonane w 100 przypadkach, przekonały go, że mimo najściślejszej aseptyki, mimo rękawiczek, masek i zakrywania pola operacyjnego suknem gumowem podług Küstera, tak w jamie brzusznej, jak i w ranie wykazać można zawsze drobnoustroje. Pochodzą one ze skóry i podczas operacyi przenosi je operujący. Aby tego uniknąć, poleca autor następujący sposób: Po kąpieli i ogoleniu chorego myje się skórę miejsca operacyi benzyną formalinową lub jodową, a następnie pociąga jodyną. Potem smaruje się skórę starannie wyjałowionym rozczynem gumy, a po chwili zasypuje proszkiem łojku. Tworzy się przez to powłoka, nie przepuszczająca drobnoustrojów. Usunąć można ją każdej chwili benzyną. Badania, wykonane po stosowaniu tego sposobu, dały wynik bardzo pomyślny, bo prawie zupełną jałowość ran i jamy otrzewnej. W dyskusyi Brunn zaznacza, że próby sposobem Döderleina nie dały mu tak dobrych znowu wyników, gdyż powłoka gumowa zawiera wielką ilość drobnoustrojów, zawierających zarodniki, należy więc wymyśleć inny sposób wyjaławiania gumy. Bingel sądzi, że ta drobna ilość drobnoustrojów w ranie nic nie szkodzi, a kto wie, czy nie jest potrzebną do gojenia się rany, bo gojenie się bez reakcyi jest niemożebne. Baumgarten twierdzi, że wyjałowić skóry nie można, ale za to odkazić można ją bardzo dobrze, a to wystarczy, gdyż w skórze samej niema drobnoustrojów chorobotwórczych; znajdują się one bowiem tylko w warstwach powierzchownych, po-

datnych na zakażenia. Sposobu zupełnego wyjałowienia skóry i pola operacyjnego nie da się zupełnie wynaleźć. *Klęsk.*

Muck (Essen). **Prosty i praktyczny aparat do leczenia zastoiną podług Biera.** Do leczenia ucha środkowego zastoiną wymyślił autor przyrząd, którego zasada polega na tem, że powietrze wyciąga się najpierw z kuli szklanej, tę nakłada się na ssawkę, wyciąga powietrze, poczem ssawkę się zamyka i kulę szklaną odejmuje. Korzyści tego przyrządu są wielkie. Nie trzeba bowiem do niego drugiego balonu gumowego, często się psującego, rozcieńczenie powietrza można regulować dowolnie, a w końcu wszystko da się wygotować. Z kuli szklanej wyciąga się powietrze pompką lub z pomocą ogrzania. Przyrząd ten nadaje się też bardzo dobrze do leczenia wrzodzianek. *Klęsk.*

Karrenstein **Czy zapalenie kiszki ślepej jest częstsze u kobiet, czy u mężczyzn?** (*Deutsche medizinische Wochft.* Nr 32, 1906). Powszechnie panuje mniemanie, że zapalenie wyrostka robaczkowego nagabuje częściej mężczyzn, jak kobiety. Autor postanowił rzecz tę skonstatować na większej statystyce i na mocy niej dochodzi do przekonania, że zdanie to jest mylne, bo ilość schorzeń kiszki ślepej u kobiet jest ta sama, co i u mężczyzn, zwłaszcza że wiele z kobiet ze złem lub niepewnem rozpoznaniem leczy się na oddziałach chorób kobiecych. *Klęsk.*

Bockenheimer. **W sprawie historyi znieczulenia lędźwiowego.** Bier. **Odpowiedź na ten artykuł.** (*Münch. med. Wochft.* Nr 34, 1906). W odpowiedzi na artykuł Biera (Nr 22 tegoż czasopisma) autor, opierając się na oryginalnych pracach Corninga, twierdzi, że jedynie Corning uważanym być może za twórcę znieczulenia lędźwiowego. Dopiero w 5 lat po Corningu rozpoczął Bier swe próby, ale je zaraz zarzucił i dopiero Tuffier podniósł tę sprawę na nowo i szeroko ją rozwinął. W odpowiedzi twierdzi Bier, że metody znieczulenia lędźwiowego nie zaniechał nigdy, lecz radził tylko ostrożność przy jej stosowaniu. Sposób znieczulania lędźwiowego obmyślił zupełnie samoistnie i niezależnie od prac i doświadczeń Corninga. *Klęsk.*

Schmidt. **Przyrząd do szybkiego i taniego sporządzania jałowego materyału opatrunkowego i do tamponowania.** (*Mnch. med. Wochft.* 1906, Nr 34). Przyrząd autora nadaje się głównie dla lekarza w godzinie ordynacyjnej. Kształtem swym przypomina dziadka do orzechów. Pomiędzy ramiona wkłada się gazę, zwiniętą w formie opaski i wygotowuje się w przyrządzie. Po wygotowaniu wyciska się opaskę przez ściśnięcie ramion przyrządu. Do użycia wywraca się zupełnie ramiona, przez co opaska dostaje się na zewnątrz i można ją teraz swobodnie szczypczykami odwijać. W ten sposób można mieć zawsze gazę wyjałowioną i zużyć jej tyle ile potrzeba, a nic się nie marnuje. Przyrząd wyrabia firma L. Schmidt w Hamburgu. *Klęsk.*

Neck. **Ostre rozszerzenie żołądka i tak zwane tętniczo-krezkowe zamknięcie kiszek.** (*Münch. med. Wochft.* Nr 32, 1906). 4 opisane przypadki ostrej rozstrzeni, obserwowane przez autora dowodzą, że cierpienie to zdarza się dość często. Najczęściej wydarza się ostra rozstrzeń po błędach w dyecie, a szczególnie u osób cierpiących na skrzywienie boczno-tylne kręgosłupa (kyphoscoliosis). W wypadku ostatnim samo ułożenie żołądka (więcej pionowe) usposabia do tego, w miarę bowiem wypełnienia żołądek uciska na dwunastnicę. Nierzadko też rozstrzeń zjawia się po operacyach w chloroformie. Najrzadziej po urazach. Objawy: nagłe silne wymioty, wzdęcie głównie po stronie lewej, silne pluskanie, bóle, brak ciepłoty, objawy niedrożności jelit. Rokowanie dość smutne (z 64 ogłoszonych przypadków 47 zmarło). Leczenie: pompowanie i płukanie żołądka i objawowe. Kundrat sądzi, że wspomniana choroba pochodzi od zamknięcia dwunastnicy wskutek napięcia krezki kiszek cienkich. Najczęściej krezka uciska dwunastnicę w miejscu przejścia tejże pod tętnicą krezkową górną. Inni uważają rozstrzeń za chorobę pierwotną, a ucisk dwunastnicy za następowy. Wszystkie zabiegi operacyjne dotąd stosowane zakończyły się śmiertelnie. *Klęsk.*

HIGIENA. Prof. Pfuhl. **Jakie są przyczyny nieszczelności w puszkowych konserwach mięsnych, sposob ich stwierdzenia i obchodzenia się z niemi.** (*Zeitschr. f. Hygiene* T. 50). W związku z dawniejszemi swemi pracami nad psuciem się konserw mięsnych, zajmuje się P. w niniejszej pracy przyczynami psucia się konserw, dobrze wyjałowionych, wskutek wniknięcia do nich bakteryi już po wyjałowieniu. Jedyną tego przyczyną jest nieszczelność puszek, zależna od wad blachy, użytej na puszki, drobne, prawie niedostrzegalne pęknięcia, złe lutowanie, uszkodzone kręgi, użyte do uszczelnienia puszek i uszkodzenia zewnętrzne. Wskutek wzmożonego ciśnienia wewnątrz puszek (przy wyjaławianiu) uchodzi z nich sok na zewnątrz owemi szparami i przez ten sok wnikają do puszek bakterye; dostawać się one mogą do nich także z powietrzem, wessanem przy oziębianiu się puszek po wyjałowieniu. Ze sposobów stwierdzenia nieszczelności puszek, które w praktyce łatwo wykonać, wymienić należy wstawienie oziębionej puszki do gotującej się wody, przyczem z nieszczelnej puszki (szpar) uchodzą bańki powietrza. Nie wszystkie puszki nieszczelne zawierają konserwy zepsute — lepiej i pewniej jednak nie używać konserw z takich puszek. *L. Bier.*

Struben. **Oświetlenie przy pracy domowej dzieci szkolnych.** (*Hyg. Rundschau,* 1906, Nr 14). Twierdzenie Cohna, że główną przyczyną krótkowidztwa wśród młodzieży szkolnej jest niedostateczne oświetlenie sal szkolnych, nie znalazło dostatecznego potwierdzenia w licznych badaniach dzieci ze szkół o rozmaitych warunkach oświetlenia; przyczyny tej wady dopatrywano się przeto w warunkach oświetlenia przy pracy domowej dla szkoły. Autor podjął się ścisłego fotometrycznego zbadania oświetlenia miejsc pracy zamożnej i ubogiej młodzieży szkolnej w Amsterdamie. Oświetlenie mieszkań młodzieży zamożnej było bądź elektryczne, bądź gazowe żarowe (Auerowskie), u ubogich naftowe i żarowe gazowe, zazwyczaj znacznie wyższe od wymaganego minimum 25 MS. (metrościec). Mimo tego na pozór korzystnego oświetlenia mieszkań najmniej 37,6% miejsc pracy uważać należało za nieodpowiednie, bądź dla mniejszej od tego minimum ilości metroświec, bądź rażącego działania światła, bądź z powodu fałszywego umieszczenia światła po stronie prawej ucznia. Fakt ten stwierdzono tak u zamożnych, jak i u ubogich i przy wszystkich sposobach oświetlenia. (Badania Strubena stwierdzają aż nadto ujemny wpływ domowych warunków nauki na powstawanie krótkowidztwa, zwalniając znacznie szkołę od ciążącego na niej w tej mierze zarzutu. *Przyp. sprawozd.*) *L. Bier.*

A. Groth. **Śmiertelność osesków w Monachium w świetle statystyki.** (*Zeitschr. f. Hygiene.* Tom. 51). Ogólna śmiertelność spadła w Monachium w latach 1871—1903 z 41,6 na 20,7‰, śmiertelność zaś dzieci w pierwszym roku życia z 15,1 na 7,9‰, a to w następstwie lepszej higieny publicznej i indywidualnej. W przeciwieństwie do Schlossmanna, który w Saksonii i Dreznie zauważył w r. 1897 wzmożenie się śmiertelności wśród osesków w 5 i 6-tym miesiącu życia pod wpływem upałów letnich, stwierdza G. co do Monachium niekorzystne oddziaływanie upałów na dzieci w drugim miesiącu życia; wpływ ten w miarę wieku oseska słabnie. Na podstawie 3757 kartek pośmiertnych dzieci, zmarłych w Monachium w r. 1905 w pierwszym roku życia, stwierdza G., że zbyt młody wiek ojca (poniżej 25 lat) albo matki (poniżej 20 lat), późniejszy wiek ojca (powyżej 40 lat) i zbyt wielka różnica wieku rodziców wzmagają śmiertelność wśród dzieci w pierwszym roku życia. Dzieci pierworódek i wieloródek (powyżej 10 dzieci) zmierają częściej. Wpływ sposobu żywienia na śmiertelność osesków starał się G. zbadać na podstawie wywiadów w porze publicznego szczepienia ochronnego przeciw ospie, dokonanego w r. 1904 na 7240 dzieciach. W tej liczbie 55% nie było karmionych piersią, zaś 38% karmiono tylko do 6 miesięcy. Na 4075 dzieci, zmarłych w r. 1903 w pierwszym roku życia, było 83% sztucznie karmionych. Liczby te stwierdzają wybitnie wielkie znaczenie pokarmu naturalnego. Wpływ warunków społecznych na śmiertelność osesków uwydatniają następujące liczby za r. 1903: 80,8% śmierci osesków w pierwszym roku życia przypada na mieszkania o 1—3 ubikacyach, natomiast tylko 3,7% na mieszkania, złożone z 4 i więcej ubikacyi. Śmiertelność osesków wzmagała się nadto w miarę tego, im więcej mieszkańców mieściły mieszkania. *L. Bier.*

Padaczka Napoleona.

»Le progrès medical« z 7 lipca 1906, Nr 27 podaje w streszczeniu pracę Cabanésa »Les indiscrétions de l'Histoire«. Jak wiadomo Cabanès dostarczył dotychczas światu naukowemu wiele dokumentów bardzo ciekawych w sprawach lekarsko-historycznych. Dlatego też koło historyków interesuje się każdem jego nowem dziełem, w którem oświetla ciemne punkty i to takie, które tylko lekarz może objaśnić. Dotychczas ogłosił Cabanès lekarsko historyczne studya o otruciu Sokratesa, o przyczynie śmierci Aleksandra Wielkiego, o tajemnej chorobie Kalwina, a obecnie zajął się pytaniem, czy Napoleon cierpiał na padaczkę.

Pozwolimy sobie tutaj pokrótce przytoczyć niektóre ciekawsze szczegóły.

Szczególne miejsce między wieloma kobietami, które Napoleon w swem kapryśnem usposobieniu obdarzał chwilowymi

względami, gdyż o miłości u niego mowy być nie może — zajmuje aktorka George. Ta właśnie pani George rozszerzała wieści, że widziała raz Napoleona w drgawkach, że zatem cierpi on na padaczkę. Ale pani ta nie miała przecie lekarskiego wykształcenia i nie mogła uczynić pewnego rozpoznania.

Otóż Cabanès, oglądając się za innymi dowodami, wyświetlającymi tę sprawę, zwrócił się do prac, mało we Francyi znanych Andrewsa (»The journal Chicago« 22 grudnia 1895 i 4 kwietnia 1896) i lekarza Lombroso (»Deutsche Rev.« styczeń 1898). W pracach tych znalazł następujące szczegóły: De Nerrius i hrabia de Ségur podają, że najmniejsza już kara, najmniejsza nagana wywoływały u młodego Napoleona w szkole w Brienne bardzo niepokojące nerwowe zaburzenia (wymioty, burzliwe nerwowe napady). Pani Rémusat opowiada o napadzie, którego świadkami byli Józefina i jenerał Rapp w roku 1804 w Mayence. Talleyrand miał być obecnym przy podobnym napadzie nerwowym w Strasburgu. Z drugiej strony kamerdyner Napoleona, Constant, zaprzecza tym nerwowym napadom, a także i sześciu lekarzy, którzy ogłosili spostrzeżenia swoje o cesarzu, milczy o tem zupełnie.

Lombroso bada sprawę tę z punktu widzenia znawcy—psychiatry i podaje następujące szczegóły co do dziedziczności u Napoleona: opilstwo, brak zmysłu moralnego u jego ojca, rozwiązłość obyczajów i histeryę jego sióstr, szczególnie Pauliny, ambicyę matki. Dalej zwraca uwagę na fizyczne piętna (*stigmata*) u Napoleona: brak proporcyi w stosunku kończyn do tułowia, wystające kości licowe, wydatność szczęki, wielkość oczodołów, łukowe skrzywienie kręgosłupa itd.

Cesarz był nadto bardzo wrażliwy na chłód i zmiany pogody. Cierpiał też często na jednostronny ból głowy, omamy słuchowe, drganie kurczowe w ramieniu, prawym barku i wargach. Był dalej niezwykle wrażliwym, tak, że nieraz stawał się gwałtownym i nieznośnym dla otoczenia. Chaptal opowiada, że Napoleon cierpiał na manię niszczenia, że scyzorykiem krajał zawsze w czasie narad ministeryalnych oparcia swego fotelu i stół, że często przedmioty, które mu podawano, łamał, że dzieci, które pieścił, szczypał, że lubił niszczyć oranżerye i że znajdował przyjemność w zabijaniu rzadkich ptaków, które chowała Józefina w Malmaison. Najmniejszy opór, który mu stawiano, wywoływał u niego napady wściekłości i szału. Corvisart leczył go w czasie jego konsulatu na wyprysk, towarzyszący świerzbowi, a po Paryżu chodziły słuchy, że szczepiono mu świerzb, aby go wyleczyć z padaczki. Był to sposób leczenia padaczki, uprawiany w owej epoce nawet przez najsławniejszych lekarzy.

Tętno Napoleona było niezwykle wolne, wynosiło średnio 30 do 35 uderzeń na minutę, a 50 nigdy nie przekraczało. Zwolnienie tętna jest zwykłem zjawiskiem u chorych na padaczkę. Napoleon cierpiał także na okresowe gwałtowne przygnębienie, które się zwykło potęgować aż do omdlenia. Niektórzy dopatrywali się u Napoleona histeryi, na co słusznie odpowiada Huchard, że już brak woli i energii nie były chyba wadą tego zdobywcy świata. O nadmierny egoizm też nie można go pomawiać, a bardzo często dawał dowody współczucia i okazywał wielu ludziom sympatyę i szczerze się nimi zajmował.

Na podstawie tych danych nie uznaje Cabanès Napoleona za doskonały typ kliniczny padaczkowej nerwicy, ale w każdym razie skłania się do przekonania, że te nerwowe zaburzenia i jego stan psychiczny miały przyczynę w padaczce.

A więc nie możemy na tej podstawie twierdzić, że Napoleon napewno był epileptykiem. Ale jego bezgraniczna ambicya zaburzyła równowagę jego intelektualnych zdolności, z czego widocznie sam sobie sprawę zdawał, gdyż nieraz mawiał »spałem w łożnicach królów i napytałem tam sobie strasznej choroby«.

E. Stahr.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

O austryackiej służbie zdrowia mówił 30 czerwca 1906 na posiedzeniu Izby Panów radca dworu prof. Ludwig. Mowa jego brzmiała: »Cała służba zdrowia zrobiła w Austryi od wprowadzenia w życie ustawy w r. 1870 szybkie postępy. Ustawa ta bowiem najzupełniej spełniła swoje zadanie i osiągnęła swój cel i gdyby była rozwijaną w tem samem tempie, jak postępowała wiedza, na której ustawa ta się wspiera, moglibyśmy mówić o państwowej służbie zdrowia, że jest bez zarzutu. Niestety tak jednak nie jest. Nasza publiczna służba zdrowia nie dotrzymywała kroku postępom wiedzy i dlatego pod niejednym względem pozostała za nią w tyle. Wobec wielkiej doniosłości publicznej służby zdrowia dla państwa nie mogły braki jej długo pozostać niepostrzeżone i dlatego też stróże publicznego dobra niejednokrotnie na te braki zwracali uwagę. Niestety wszystkie wnioski albo mało w tej Izbie uwzględniano albo wcale ich nieuwzględniano i dlatego właśnie zabrałem głos, aby sprawę tę jak najgoręcej polecić panu ministrowi spraw wewnętrznych. Ingerencya państwa w sprawach sanitarnych powinna sięgać tak daleko, jak na to tylko autonomia gmin wogóle pozwala. A przedewszystkiem ingerencya ta powinna się odnosić do wielkich urządzeń gminnych, jak kanalizacya, wodociągi i t. d. Załatwianie spraw sanitarnych u władz centralnych nie idzie drogą jednolitą, a w interesie pewniejszego i szybszego skutku byłoby rzeczą niezwykłej wagi, żeby te wszystkie poszczególne działy publicznej służby zdrowia połączyć pod jednem i jednolitem kierownictwem. Przedewszystkiem powinny tak ważne dla ludzkiego zdrowia sprawy weterynaryjne i policya środków spożywczych być osądzone i załatwione z rzeczowego sanitarnego punktu widzenia. Rzecz ta wymaga zmiany w organizacyi, która i tak byłaby konieczną, gdybyśmy nawet nie chcieli zmieniać dzisiejszych stosunków. Trzeba nam się zająć wykształceniem i dalszem kształceniem lekarzy rządowych, ich wpływem na wszystkie sprawy sanitarne i ich położeniem materyalnem«. Następnie mowca żądał stanowczo rozszerzenia wykształcenia lekarskiego, zmian w nauce, jak i w egzaminach fizykackich, oraz polecał gorąco ułatwianie lekarzom rządowym dalszego kształcenia się. Za niezbędnie potrzebne uważa L. wyposażenie najwyższej rady zdrowia w naukowe pracownie. Najwyższa rada zdrowia, od czasu kiedy powstała, pracowała właściwie tylko przy zielonym stoliku, rzadko kiedy uznała za potrzebne dokonanie jakiegoś badania doświadczalnego dla wydania swego orzeczenia. Stosunki tymczasem się zmieniły, bardzo wiele orzeczeń wymaga badań doświadczalnych i to nieraz mozolnych i długich. Dzisiaj sprawy te załatwia się w ten sposób, że niektórzy członkowie najwyższej rady zdrowia, którzy równocześnie są profesorami, dokonują tych badań w pracowniach szkolnych, przyczyniając przez to ciężaru tak zakładom, zwykle nie bardzo hojnie dotowanym i uposażonym, jak i personalowi tych instytucyi. Jest zatem rzeczą konieczną uposażyć najwyższą radę zdrowia w zakład, w którymby badania chemiczne, farmakognostyczne i higieniczne mogły być dokonywane. Jeśli się zważy, że nowe wydanie farmakopei wymaga od niektórych członków najwyższej rady zdrowia pracy dwu do trzech-letniej, nawet połączonej z doświadczeniami, to wtedy łatwo zrozumieć można, że ta praca nie może być zajęciem ubocznem. Co takie zakłady zdziałać mogą dla służby zdrowia i dla nauki, tego dowodzą wyniki, osiągnięte przez niemiecki państwowy urząd zdrowia, jakoteż przez pruski urząd badania wodociągów i kanalizacyi. Mowca skończył gorącem wezwaniem do ministra spraw wewn., aby sprawy te co rychlej załatwił.

E. S.

Prawo i medycyna*). Do znamiennych cech teraźniejszej kultury należy walka lekarzy o zdobycie większego uznania w państwowym porządku prawnym. Tak w Niemczech, jak i w Austryi zdobyła prawniczo wykształcona biurokracya taką przewagę, że cierpi na tem całe społeczeństwo. Prawnicy zdołali w dzisiejszym ustroju zająć pierwsze miejsca i wcisnąć się nawet tam, gdzie przedewszystkiem potrzeba wiadomości technicznych i lekarskich, a gdzie znajomość prawa jest i powinna być rzeczą uboczną.

Temat »prawo i medycyna« jest zatem nietylko współczesnym. Jest to sprawa, obchodząca nietylko lekarzy, ale w większej mierze państwo i lud. Jeżeli już lekarz z powodu swego zawodu, który go czyni niewolnikiem ogółu, musi ustępować pierwszeństwa innym w ciałach politycznych, to natomiast w sprawach administracyjnych, gospodarczo-społecznych nie powinien stanowczo stać na drugim planie, gdyż 50 na 100 spraw tego rodzaju wymaga wiadomości przyrodniczych i lekarskich. Mimo to załatwiają te sprawy bardzo często, prawie zawsze, prawnicy, teologowie, przemysłowcy, tylko nie lekarze. Szczególnie państwo sprzyja prawnikom i przeciw tym stosunkom walczą dlatego technicy i lekarze oddawna bezskutecznie. Jak daleko pod tym względem zaszły rzeczy, dowodzi tego między innymi ta drastyczna okoliczność, że po śmierci naczelnika-lekarza w najwyższej austr. władzy sanitarnej (ś. p. Kusyego) dział ten uczyniono zależnym od prawnika. Nie zawodowe wiadomości, ale

*) Wedle art. w »Med. Reform« Nr 25 z r. 1906.

sucha rutyna urzędnicza była dla rządu rzeczą najważniejszą: paragrafy odniosły tryumf nad higieną.

A to poniżenie medycyny mści się na społeczeństwie, ale społeczeństwo nie zdaje sobie z tego sprawy. Bo jakże olbrzymią jest suma krzywd, którą spełnia codziennie sądownictwo, bo lekarzowi przyznano zupełnie podrzędną rolę tam, gdzie jemu — społecznemu psychologowi — należy się pierwsze miejsce. Symulacya i nadużywanie lekarskich orzeczeń przez sędziów, prokuratorów i adwokatów byłyby niemożliwe, gdyby lekarz działał samoistnie na własną odpowiedzialność, a nie na zlecenie tych trzech czynników. Gdyby medycyna przestała być służebną dziewką wyniosłej pani Jurisprudencyi, a stała się jej równorzędną siostrzycą, oparłoby się prawo karne i egzekucya karna na podstawach naturalnych, przyrodniczych, i społeczeństwo lepiejby na tem wyszło, i zbrodzień przestałby być przedewszystkiem przedmiotem sztuki paragrafowej. Jeśli dzisiaj w sprawach karnych tak często bez przyczyny żądają obrońcy zbadania stanu umysłowego podsądnego i gorąco dowodzą niepoczytalności, a nawet zboczenia umysłowego u swego klienta, to jest to nietylko adwokackim kruczkiem i wybiegiem wobec skostniałego systemu prawa karnego, ale często świadomem oddziaływaniem przeciw oderwanej nauce prawnej i jej bezdusznym sługom, którzy się raczej uważają za mścicieli społeczeństwa i którzy wierzą, że obrażoną sprawiedliwość paragrafami przejednają.

Dopiero w ostatnich czasach mówi się więcej o stanowisku lekarzy w postępowaniu karnem. Prawnicy wmawiają sobie, że oni jedynie powołani są do odsyłania podsądnych do więzienia, i zapominają, że zbrodnia jest zjawiskiem społecznem, której osądzenie łatwiejsze jest dla socyologa, niż dla najwytrawniejszego kryminalisty i że medycyna sądowa poczyniła w ostatnich dziesiątkach lat wprost olbrzymie postępy. A tak często wedle szablonu bywają załatwiane sprawy karne, a dobrej woli i niezawsze wielkiemu doświadczeniu sędziego śledczego pozostawia się powołanie lekarzy sądowych.

Ale nietylko jako podmiot, ale także i jako przedmiot prawa mają lekarze przyczynę do skargi i żądać muszą gruntownej zmiany swego stanowiska. Należy zważyć tylko, z jaką dowolnością określają sądy pojęcie błędu lekarskiego. Dalej coraz bardziej na dobie staje się sprawa obowiązku milczenia lekarza i personalu sanitarnego wogóle. Austryackie ustawy nie wspominają wcale o personalu sanitarnym, chociaż leczenie bez pomocy służby lekarskiej pomocniczej i bez pielęgnujących rzadko się wydarza, a ci ludzie — zaliczyć tu wypadłoby też i urzędników kas chorych — po części znają tajemnice chorych. Że właśnie wobec tych ludzi opieka prawno-karna bardzo łatwo być może bardzo nieodzowną, wie o tem każdy lekarz. Tembardziej należy ubolewać, że brzmienie § 498 ustawy karnej utrudnia ściganie osób, które nie są lekarzami. I nietylko ludzie, którzy się stykają z chorym, powinni być w daleko szerszym zakresie obowiązani do milczenia, ale i rzeczy, podlegające zamilczeniu obowiązkowemu, powinny być dokładniej określone.

Koniecznie należałoby uregulować obowiązek lekarza świadczenia przed sądem, tak w sprawach cywilnych. jak i karnych, jak i w postępowaniu w sprawach niespornych. Lekarz musi czasem mieć prawo uchylenia się od zeznań, jeśli go one narażają na wstyd albo straty materyalne, z czego nie wynika, żeby zawsze miał obowiązek odmawiania świadectwa. *E. Stahr,*

Ogłoszenie lekarskie na opuszczonem mieszkaniu o zmianie adresu. Reńsko-westfalska Gazeta donosi o następującym przypadku: W Mannheimie osiadły lekarz zmienił mieszkanie i na opuszczonem mieszkaniu umieścił ogłoszenie, w którem donosił szukającym go chorym, że się przeprowadził i że obecnie mieszka tam a tam. Właściciel domu kazał ogłoszenie usunąć. Lekarz wniósł skargę, ale w pierwszej instancyi przegrał. W odwołaniu od wyroku pierwszej instancyi powoływał się lekarz na to, że przecie tam, gdzie mieszkał, opłacał czynsz i że takie ogłoszenie umieścił nietylko we własnym interesie, ale i w interesie szukających go chorych. Wszak musi być mu dozwolonem doniesienie publiczności, która go i w nocy często szuka, o zmianie jego adresu. A jeśli mu właściciel domu zabrania tego bez żadnej słusznej przyczyny gospodarczej czy estetycznej, to należy w tem dopatrywać się tylko szykany. Właściciel tłómaczył się, że z chwilą wyprowadzenia się lokatora nie ma już wobec niego żadnych obowiązków. Sąd wyższy przychylił się do życzenia lekarza i uznał je za słuszne. Z dawnego stosunku najmu wypływa prawo dla lokatora do umieszczenia ogłoszenia z doniesieniem o zmianie adresu i to na przeciąg kilku tygodni. *E. S.*

Smutny znak czasu. W Fürth obok Norymbergi znaleziono praktycznego lekarza dra Herzberga zmarłego we własnem mieszkaniu. Jak się okazało, otruł się on morfiną. Motywem czynu były kłopoty finansowe z braku praktyki. *E. S.*

Honorarya lekarskie w San Francisco. »Vossische Zeitung« donosi na ten temat: Z okazyi trzęsienia ziemi w San Francisco dowiedział się świat obok przeróżnych nadzwyczajności, cechujących życie w tym olbrzymie Ameryki zachodniej, także i o tem, że prawdopodobnie w żadnem innem mieście na świecie nie otrzymują lekarze takich wysokich honoraryów. Pierwsza wizyta lekarska kosztuje tam, — jak podaje J. Hurets w książce: »De San Francisco à Canada« zwyczajnie 50 franków, każda następna 25 fr. Wizyty nocne płaci się zawsze po 50 fr. Zwyczajne świadectwo lekarskie kosztuje 100 fr., poświadczenie śmierci 250 fr. Honorarya za operacye wahają się i przy małych zabiegach między 150 a 2500 fr. Ceny te ustanowił syndykat lekarzy w San Francisco i autor podaje je wedle urzędowej taryfy. Trzeba jednak i to równocześnie zważyć, że życie tamże jest niezwykle drogie. I tak: tuzin jaj kosztuje 3—3$^1/_4$ fr., funt masła 3$^3/_4$ fr., ostrzyżenie 2$^1/_2$ fr., ogolenie 1$^1/_4$ fr., oczyszczenie butów $^1/_2$ fr., służący kosztuje na miesiąc najmniej 180 fr., zwykłego umeblowanego pokoju nie dostanie na miesiąc za cenę niższą od 150 fr. i t. p. *E. S.*

Pozwolenie na palenie zwłok w Saksonii zależy wedle § 6 ustawy z 29 maja 1906 od stwierdzenia przyczyny śmierci. Śmierć musi być potwierdzona równobrzmiącemi świadectwami lekarza ordynującego i drugiego, który w leczeniu nie brał udziału. Świadectwa wolno wystawiać lekarzom tylko po istotnem obejrzeniu zwłok, a, o ileby to jeden z lekarzy uważał za potrzebne, po otwarciu zwłok. Świadectwa obu lekarzy uważa się za równobrzmiące, jeśli wyłączają przypuszczenie zbrodni (n. p. zabójstwo, otrucie itd.). Jeźli nawet jeden lekarz przypuszcza zbrodnię, należy odmówić zezwolenia na spalenie zwłok i donieść miejscowej policyi. Lekarze powiatowi wykonują nadzór lekarsko-policyjny i nad paleniem zwłok. *E. S.*

Studyum kobiet na wszechnicach niemieckich. Na siedmiu uniwersytetach, przyjmujących kobiety, było zapisanych w ostatniem półroczu 211 kobiet, posiadających pełne prawa słuchaczek. Lipsk w ostatniem półroczu dopiero przyznał kobietom zupełne równouprawnienie. Przeważnie studyują kobiety medycynę, a mianowicie 108; dentystykę studyowała tylko jedna. Liczba kobiet wpisanych na uniwersytetach niemieckich bez pełnych praw, wynosi 1268. *E. S.*

Uregulowanie sprawy emerytalnej lekarzy gminnych i obwodowych w Czechach. Wspominaliśmy niedawno, że sprawa ta została już w Czechach załatwioną przez ustawę krajową. Najważniejsze przepisy nowej ustawy są następujące: Lekarze gminni i obwodowi, którzy po 10-letniej nieprzerwanej służbie stali się niezdolnymi do pracy, mają prawo do emerytury, Jeśli lekarz gminny czy obwodowy, który pełnił co najmniej 5 lat służby, stanie się niezdolnym do dalszej służby wśród wykonywania swych obowiązków, albo z powodu ich pełnienia, to przysługują mu takie prawa, jakby już pełnych lat 10 był odsłużył. Do emerytury traci prawo ten lekarz, który dobrowolnie zrzeka się urzędu, albo ze służby własnowolnie występuje, nie udowodniwszy swej niezdolności do służby, albo też w drodze dyscyplinarnej traci swój urząd. Jeśli lekarz gminny lub obwodowy stanie się niezdolnym do służby i jeżeli niezdolność jego trwa dłużej niż rok, może, o ile mu przysługuje już prawo do emerytury, zostać przeniesiony w czasowy stan spoczynku, jeżeli istnieje możliwość powrotu do zdrowia. Pensyę emerytalną stałą lub czasową obliczać się będzie w ten sposób, że za pierwszych dziesięć lat spędzonych w służbie będzie przyznane 40% dochodu normalnego, którą to kwotę ustanawia ustawa jako najniższą. Kwota ta podnosi się z każdym rokiem służby o 2·3% tak, że po 35 latach służby pensya wynosi tyle, ile wynosi dochód lekarza w służbie, ustanowiony jako najniższy. Przy wymierzaniu pensyi należy lekarzowi gminnemu lub obwodowemu wliczyć i lata służby, spędzone i w innej gminie lub innym obwodzie sanitarnym Królestwa Czech, jeśli lekarz z jednej służby przeszedł bezpośrednio do drugiej. Jeżeli lekarz gminny lub obwodowy usunięty zostanie z urzędu z powodu niezdolności do służby, a nie ma jeszcze prawa do emerytury, to należy mu się jako odprawa pensya jednoroczna. Wdowie po lekarzu gminnym lub obwodowym należy się pensya wdowia, jeżeli zmarły w chwili śmierci miał już prawo do pensyi lub pensyę pobierał, a małżeństwo zawarł przed wstąpieniem do służby, albo w czasie służby, jednakże nie po przekroczeniu 55 roku życia i jeżeli

wdowa nie była z własnej winy rozwiedzioną w chwili śmierci lekarza. Pensya wdowia wynosi połowę tej sumy, którą ustawa oznacza jako najniższą pensyę lekarza gminnego czy okręgowego. Wdowa traci pensyę z chwilą powtórnego zamążpójścia, może jednak znowu nadal pensyę pobierać, gdyby powtórnie owdowiała i udowodniła ubóstwo. Każdemu niezaopatrzonemu ślubnemu dziecku lekarza gminnego lub obwodowego, do pensyi uprawnionego lub spensyonowanego, należy się po śmierci ojca pensya na wychowanie najdalej do końca 24 roku życia, która wynosi dla jednego dziecka ćwierć pensyi wdowiej matczynej. Suma pensyi sierocych nie może przewyższać pensyi wdowiej. Dzieciom zupełnie osieroconym albo takim, których matce pensyę wdowią wstrzymano lub odmówiono, należy pensye sieroce podnieść, jednak nigdy powyżej 50% przypadającego im wsparcia. Sieroty tracą prawo do pensyi, jeśli zostaną uznane winnymi jakiejś zbrodni lub przestępstwa kradzieży, oszustwa, sprzeniewierzenia albo udziału w tych przestępstwach, wreszcie przekroczenia z § 1 ust. z 28 maja 1881 lub z ust. z 25 maja 1883. Wdowie lub dzieciom, pozostałym po zmarłym lekarzu gminnym lub obwodowym, należy się dla opędzenia kosztów choroby i pogrzebu pensya kwartalna nieboszczyka (Sterbequartal) w wysokości 25% ustawowo ustanowionej najmniejszej pensyi lub jego pensyi emerytalnej. Wdowa po lekarzu, nie uprawnionym do pensyi, może jeszcze dostać oprócz tego (Sterbequartal) odprawę, wynoszącą 25% ustawowo ustanowionej najniższej pensyi. Jeśli żona lekarza już nie żyje, to prawo to przechodzi na ślubne niepełnoletnie dzieci. *E. S.*

Śmiertelność lekarzy w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie. Następujące dane, dla nas ciekawe, podaje w tym względzie »Journal of American medical Association«. Liczba lekarzy wolnopraktykujących, zmarłych w r. 1904 w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie dochodzi do 2.142 t. j. 17·14‰. Średni wiek lekarza wynosił 60 lat, praktykują zatem lekarze w Ameryce półn. średnio nieco ponad 30 lat. Najwięcej umarło lekarzy na krwotoki mózgowe (179), potem idzie zapalenie płuc (172), zapalenie nerek (91), gruźlica (90), rak (30), dur (37), zakażenie krwi (23) itd. Liczba skonów nagłych wynosi 95, w tym 36 przypadków zabójstw i 12 samobójstw. 60 lat dożyło 57 lekarzy, 85 umarło w wieku między 65 a 68 r. ż.; 596 dożyło siódmego krzyżyka, a 241 ósmego; 4 przeżyło lat 100, a jeden miał lat 104. *E. S.*

W sprawie doświadczeń na chorych w szpitalach wiedeńskich wydało ministerstwo spraw wewnętrznych następujące rozporządzenie: Wiedeńskie c. k. szpitale mają za wyłączne zadanie tym chorym, którzy się im w opiekę oddają, zapewnić tę opiekę i jak najprędsze wyleczenie. Dlatego nie wolno lekarzom zakładowym czynić na chorych w obrębie zakładów doświadczeń lekarsko-naukowych lub zabiegów (próbowanie nie stwierdzonych metod). Wyjątek stanowią zabiegi, mające na celu rozpoznanie, leczenie, uodpornianie albo zapobieganie, albo też stwierdzenie czynników etyologicznych i patogenetycznych; ale tylko wtedy są one dozwolone, jeśli istotnie potrzebne są choremu. I takie zabiegi wykonywać wolno wyłącznie według wskazówek i za zgodą kierownika oddziału. Jeśli kierownik oddziału jest nieobecny, należy się udać o pozwolenie do jego zastępcy, a ten, o ile sam nie jest kierownikiem oddziału, ma się zwrócić do dyrektora zakładu lub jego zastępcy, który ma rozstrzygnąć rzecz po omówieniu jej z innym kierownikiem oddziału. Lekarz rozstrzygający jest w każdym razie za doświadczenia odpowiedzialny i zezwolić na nie może tylko wtedy, jeśli najgłębiej jest przekonany, że próba nie wyrządzi żadnej szkody choremu; dlatego lekarz odpowiedzialny powinien doświadczenia doglądać. O doświadczeniu należy spisać protokół, w którym wyraźnie mają być stwierdzone pozwolenia i wskazówki odpowiedzialnego lekarza. Protokół ten ma być dołączony do historyi choroby. Przekroczenia tych przepisów będą karane wedle okoliczności jako ciężkie przekroczenie dyscyplinarne. *E. S.*

W sprawie ustawy o zwalczaniu epidemii pisze dr Mikołajski w ostatnim (t. j. 17) Nrze »Głosu lekarzy«, przypominając, że rząd austryacki sprawą tą zająć się musi niedługo, bo dotychczasowe przepisy są przestarzałe i niedostateczne. Toczą się już pewne wstępne obrady w kołach rządowych, atoli treść obrad nie została podaną do publicznej wiadomości. Idzie zatem o to, by reprezentacye lekarskie mogły wcześnie wypowiedzieć swe zdanie o projektach rządu w obopólnym dobrze zrozumianym interesie. Autor przypomina Izbom lekarskim, aby się o swe prawa upomniały już w czasie prac wstępnych i aby już teraz zajęły się szczegółowo temi zagadnieniami, które przy tłumieniu epidemii lekarzy dotyczą. Ze względu na to, że w Galicyi epidemie nigdy nie wygasają, powinnyby Izby galicyjskie wyprzedzić w tem inne Izby. Na wiecu Izb należałoby ustalić ogólny program dyskusyi Izb i wyznaczyć tematy, co do których Izby mają sformułować i uzasadnić żądania lekarzy. Do żądań tych zalicza autor ubezpieczenie z funduszów państwa dla rodzin po lekarzach, zmarłych wśród tłumienia epidemii, zabezpieczenie odszkodowania tym lekarzom, którzy wskutek zakażenia ulegli chorobie. Dalej żąda autor załatwienia sprawy obowiązku lekarzy bezpłatnego donoszenia o chorobach zakaźnych, rozgraniczenia kompetencyi lekarza prywatnego i urzędowego itd. *E. S.*

Ze sprawozdania galicyjskich inspektoratów przemysłowych za r. 1905 wynika, że higiena przemysłu ciągle jeszcze pozostawia wiele w Galicyi do życzenia. Nietylko w istniejących oddawna zakładach idzie wprowadzenie ulepszeń higienicznych opornie; co gorsza zdarza się, chociaż coraz rzadziej, że inspektorat otrzymuje wiadomość o założeniu nowej fabryki tak późno, iż nie może już mieć wpływu na jej urządzenie pod względem higieny i bezpieczeństwa robotników, przez co nawet nowe zakłady są pod tymi względami wadliwe. Bardzo rozpowszechnionem złem jest brak lokali dla wypoczynku robotników w przerwach pracy. Najgorsze stosunki są w cegielniach, gdzie robotnicy nieraz sypiają na pokrywach pieców; w fabrykach sukna sypiali na pakach z wełną lub towarem. Praca w fabrykach trwa wogóle za długo i tu znów najgorzej jest w cegielniach, gdzie palacze pracowali nieraz niemal całą dobę. (Opieka inspektoratu zachodnio-galicyjskiego w r. 1905 dotyczyła 531 zakładów przemysłowych z 20,393 robotnikami w 29 powiatach i mieście Krakowie). *R.*

Przeciw szerzeniu się promienicy wydało namiestnictwo czeskie ostatnimi czasy okólnik. Promienica szerzyć się może przez pieczywo, ponieważ piekarze mają zwyczaj pieczywo dwa razy, t. j. przed wstawianiem do pieca i zaraz po wyjęciu z pieca zwilżać wodą zapomocą miotełek z wymłóconych kłosów. Okólnik poleca miotełki te wpierw wygotować, wysuszyć, a potem mocno wytrzepać. *E. S.*

Nagrody pieniężne za karmienie piersią własnych dzieci postanowiła wypłacać matkom rada miejska w Monachium, a to, aby zrównoważyć powstającą przez to utratę zarobku. *R.*

Baraki szkolne przenośne na wzór baraków sanitarnych wprowadzić ma austryackie ministeryum oświaty dla czasowego pomieszczenia szkół, nie mających budynku, odpowiadającego wymaganiom higieny. *R.*

Partactwo lecznicze kwitnie w Saksonii, gdzie 1942 nie dyplomowanych osób zajmuje się wedle sprawozdania saskiego krajowego kolegium lekarskiego (Landesmedizinalkollegium) »leczeniem«. Z tych wykonuje dentystykę 951. Są między nimi kupcy, tkacze, golarze, szewcy, nauczyciele itd. Kollegium odradza karnego ścigania partaczy, gdyż w wyjątkowych tylko przypadkach udaje się uzyskać zasądzenie, a wyroków uwalniających nadużywają uwolnieni w celach krzykliwej reklamy. Lekarzy dyplomowanych praktykuje w Saksonii 2107. *E. S.*

Międzynarodowy związek dentystów odbył tymi dniami posiedzenie w Genewie. Sprawy stworzenia tytułu doktora dentystyki (Doktor für zahnärztliche Chirurgie) nie załatwiono i odłożono ją na najbliższe posiedzenie w r. 1907. Na rok 1909 postanowiono zwołać międzynarodowy Zjazd dentystów do Berlina. *E. S.*

Muzeum gruźlicy (Tuberkulosemuseum) otwarło krajowe heskie tow. ubezpieczeń d. 29 lipca b. r. w Darmstacie. Muzeum to jest pierwszem w Niemczech. Będzie to t. zw. muzeum wędrowne, przenoszone od miasta do miasta w Hessyi, aby w ten sposób jak najszersze koła ludności pouczyć o niebezpieczeństwach, jakimi gruźlica grozi zdrowiu i o środkach ochronnych. W tym celu obejmie muzeum tablice i rysunki z cesarskiego urzędu zdrowia z Berlina, objaśniające, jak się gruźlica w Niemczech szerzy, jaką wywołuje śmiertelność, jak poszczególne zawody do gruźlicy usposabiają, jaki ma tu wpływ wyskok i jakie znaczenie mają racyonalne odżywianie i zdrowe mieszkania. Dalej znajdą się tam tablice ze wszystkich lecznic świata, rysunki i modele urządzeń odkażających, urządzeń chroniących przed kurzem i t. d. *E. S.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 2 do 8 września 1906 doniesiono o nowych przypadkach: ospy 1 przypadek, a mianowicie do szpitala św. Łazarza w Krakowie przybył z Tarnowa chory na ospę piekarz Józef Beck; duru plamistego 23 przypadków w 10 gminach, a mianowicie pow. Cieszanów (Lubliniec nowy 5), Jaworów (Drohomyśl 3), Kamionka

(Witków stary 1), Kałusz (Nowica 5, Ćwitowa 1), Rawa (Rzeczyca 1), Ropczyce (Ropczyce 1), Stryj (Grabowiec str. 3), Tłumacz (Ladzkie szl. 2), Złoczów (Złoczów 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 2 a 8/IX b. r. urodziło się dzieci żywo 57, nieżywo 1; zmarło osób 48 (obcych 21); z tego z gruźlicy 14 (5), zapalenia płuc 1 (—), błonicy 1 (1), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy — (—), odry 1 (1), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 2 (1), czerwonki — (—), cholery niemowląt 3 (—), innych chorób zakaźnych 4 (3), śmierci gwałtownej — (—).

Choroby zakaźne we Lwowie. W czasie od 26/VIII do 1/IX b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 3 (obcych —), krztuśca 1 (3), ospy — (—), płonicy 3 (—), odry 5 (2), duru brzusznego 1 (2), czerwonki 1 (—); w tymże czasie zmarło z płonicy 1, z odry 1, z duru brzusznego 1 (1). — Między 2 a 8/IX b. r. zgłoszono przypadków błonicy 5 (obcych 6), krztuśca 12 (—), płonicy 5 (2), odry 4 (2), duru brzusznego 2 (2), gorączki połogowej 1 (—). W tymże czasie zmarło z duru brzusznego (1), z gorączki połogowej 1.

Wiadomości bieżące.

Lwów. Z końcem września b. r. przystąpi Wydział Izby lekarskiej do rozdziału reszty kwoty, przysłanej ze Związku Towarzystw lekar. austr. Do zapomóg z tej kwoty są uprawnione wdowy i sieroty po lekarzach, których mężowie, względnie ojcowie, mieszkali w obrębie Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, sieroty do skończenia 20 lat. Podania należy wnosić do Izby lekarskiej we Lwowie (ul. Dominikańska l. 11) najpóźniej do 25. września b. r. *Dr Festenburg*, Prezydent Izby lek. w.-gal.

— Wydział Izby lek. wschod.-gal. odbył w dniu 4 b. m. posiedzenie, na którem zajmował się następującemi sprawami: Omówiono szczegółowo porządek dzienny mającego się odbyć XI. wiecu Izb lekarskich i postanowiono zażądać postawienia na porządku dziennym dodatkowo sprawy lekarzy więziennych i sprawy honoraryum za badanie osób, ubezpieczających się na życie. Wydano na życzenie jednego z sądów orzeczenie co do wysokości żądanego przez lekarza honoraryum. Postanowiono wystąpić we właściwej drodze przeciwko dwom partaczom i aptekarzom, popierającym partactwo. Postanowiono wziąć w obronę dwóch lekarzy, żalących się na postępowanie z nimi władz sądowych. Załatwiono kilka spraw administracyjnych i honorowych.

— W zdrojowiskach galicyjskich zawierają ostatnie listy gości: w Iwoniczu 4,541, w Krynicy 7,168, w Rabce 2,582, w Rymanowie 2,308, w Szczawnicy 2,357, w Truskawcu 2,811, w Zakopanem 7,800 osób.

Warszawa. Towarzystwo kursów naukowych (»wolny uniwersytet«) rozpoczęło swą działalność. Z przedmiotów, mogących obchodzić i lekarzy, objęto programem wykładów: antropologię, biologię ogólną, embryologię porównawczą, fizyologię i psychologię.

— Niedawno zmarły dr Leon Mancewicz zapisał 50,000 rubli na utworzenie stypendyów, z tego 10,000 do rozporządzenia wydziału lekarskiego uniwersytetu warszawskiego na stypendyum dla najlepszego ucznia tego wydziału.

Z różnych stron. Niemiecka rada związkowa uchwaliła w zasadzie przypuścić uczniów szkół realnych do studyum medycyny. Najbliższej zimy będą przedłożone parlamentom poszczególnych państw niemieckich odpowiednie ustawy. *E. S.*

— Szpital im. Rudolfa Virchowa w Berlinie jest ze względu na przestrzeń, jaką zajmuje, jednym z największych, jeśli nie największym szpitalem kontynentu. Szpital ten składa się z 57 zabudowań, w których jest 3400 pokoi, nie licząc w to ubikacyi w podziemiach. Po najdokładniejszem uwzględnieniu przepisów policyi budowlanej, pomieści szpital ten 2000 łóżek i to 564 łóżek w 11 zabudowaniach, przeznaczonych dla oddziału chirurgicznego, 500 łóżek w 10 barakach oddziału wewnętrznego, po 95 łóżek oddziałów ginekologicznego i położniczego, 11 łóżek dla chorych septycznych, 19 łóżek dla ciężarnych, 24 łóżek w oddziale kwarantannowym, 34 łóżek w oddziale błoniczym, 120 łóżek w oddziale zakaźnym, 18 łóżek dla chorych niespokojnych, 520 łóżek w oddziałach wenerycznych. *E. S.*

— Ogólna liczba słuchaczy na 21 uniwersytetach cesarstwa niemieckiego wzrosła znowu w ostatniem półroczu, — a mianowie wynosi ona 44.964 uczniów zwyczajnych (w tem 211 kobiet), gdy w minionem półroczu zimowem wynosiła 42.390, a w letniem 1905 41.928. Wliczywszy w to jeszcze słuchaczy nadzwyczajnych: 2381 mężczyzn i 1274 kobiet, wynosi pełna liczba słuchaczy uniwersyteckich powyżej 48.000. Z tego uczęszcza na medycynę 6683, dentystykę 755, weterynaryę 114. Najwięcej przybyło studentów medycyny. Najwięcej uczniów ma Berlin 16569, potem idzie Monachium, Lipsk, Bonn, Fryburg, Halle, Getynga, Heidelberg, Wrocław, Marburg, Tybinga, Münster, Strassburg, Jena, Würzburg, Kiel, Giessen, Królewiec, Erlanga, Gryfia i Rostok. Przed 10 laty liczyły wszystkie uniwersytety niemieckie 29.280, przed 20 laty 27.721, a przed 30 laty tylko 16.799 słuchaczy. *E. S.*

— Wyprawa prof. Kocha do Afryki, podjęta dla zbadania i zwalczania »śpiączki« (świdrowicy), a której koszta wynoszą około 185.000 marek, potrwa około dwóch lat. *E. S.*

— W Niemczech i w Anglii powstały komitety, zbierające składki na dar honorowy dla wdowy po słynnym Schaudinnie, odkrywcy krętka bladego.

— Na 6 wszechnicach w Szwajcaryi było w letniem półroczu zapisanych 1,518 kobiet (najwięcej w Bernie 486, najmniej w Bazylei — 14), w tem Polek i Rosyanek 1,247. Przeważna część tych słuchaczek przypada na medycynę (973), a i tutaj Polki i Rosyanki bardzo przeważają (908).

— Studentem medycyny, który ofiarował się Miecznikowowi i Rouxowi do doświadczeń nad zapobiegawczem działaniem maści kalomelowej przeciw zakażeniu kiłą, jest, jak się obecnie okazało, P. Maisonneuve, wnuk słynnego chirurga. P. Maisonneuve jest dotychczas (po pół roku) zdrów, co jednak, zdaniem niektórych, nie stanowi dostatecznego dowodu na twierdzenia Miecznikowa i Rouxa, gdyż jestto dopiero jedno doświadczenie na człowieku, który mógł być wogóle na kiłę odporny.

— »Czasopismo lekarskie« (Nr 7, 8) przytacza następującą oryginalną depeszę jenerała Parczewskiego do komendanta 12 wschodnio-syberyjskiego pułku w czasie ostatniej wojny: »Bydło podejrzane jako zarażone dżumą, chcąc oszczędzić kasie państwowej (»kaźnie«) strat, pozwalam użyć do karmienia żołnierzy«.

— V międzynarodowy zjazd ginekologów, który się miał odbyć w Petersburgu, odłożony został na rok i odbędzie się 11—18 września 1907.

— Akademia wojskowo-lekarska w Petersburgu odmówiła przyjęcia wszystkim zgłaszającym się studentom wyznania mojżeszowego.

— W tych dniach odbędzie się zjazd rektorów wszechnic rosyjskich celem obmyślenia, w jaki sposób przywrócić można prawidłową czynność uniwersytetów.

— W Moskwie mają powstać wyższe kursa dla kobiet, obejmujące także wydział lekarski, na którym studya trwać będą lat 6, a na które przyjmowane będą wychowanki gimnazyów kobiecych bez dodatkowych egzaminów i bez wymagania łaciny.

— Surowica przeciwbłonicza obniżyła w szpitalach londyńskich śmiertelność z błonicy z 37·3 na 15·8%. Zestawienie to obejmuje wyłącznie przypadki rozpoznane bakteryologicznie.

— Śmiertelność z zimnicy obniżyła korsykańska liga walki z tą chorobą z 57 prc. na 0 prc. przy zupełnem zamknięciu wszystkich otworów mieszkań (drzwi, okien, kominów) siatkami, na 1,38 prc. przy niezupełnem, a na 8,8 prc., gdy zabezpieczono siatkami tylko sypialnię.

— Rząd rumuński wniósł projekt ustawy, wzbraniającej małżeństw chorym na nieuleczalną kiłę, gruźlicę lub padaczkę.

— 75-letni jubileusz pigułek Blauda omawia ze stanowiska historyczno-krytycznego dr L. Fürst w »Fortschritte der Medizin« Nr 22. P. Blaud ogłosił w roku 1831 swój pierwotny przepis, który brzmiał: »*Gummi arabici 5,00, solve calore baln. vapor. in aquae destillatae 30,00, Syrupi simplicis 15·00, Ferri sulfurici sicci 30·00, Quibus caute mixtis adde Kalii carbonici 30·00, et inter agitationem ope spatulae ferreae in balneo vaporis evaporando ad massam pillularum redige e qua forma pilulas Nr 120. Obdacantur argento foliato*«. Później uległ przepis ten przeróżnym odmianom. *E. S.*

— W pewnem małem miasteczku westfalskiem uczynił burmistrz, wielki przyjaciel bakteryologii, na radzie wniosek nadania dwom ulicom nazwy Kocha i Behringa. Już wniosek miano przyjąć, kiedy któryś z członków rady zwrócił uwagę, że obie te nowe ulice na cmentarz prowadzą, że więc nie bardzo chyba mile dotknie wspomnianych badaczy tego rodzaju uczczenie. Burmistrz swój wniosek cofnął. *E. S.*

Mianowani: Doc. Bürgi profesorem chemii lek. i farmakologii w Bernie; dr Pansini nadzw. profesorem semiologii lekarskiej w Neapolu; dr Sommer nadzw. profesorem terapii fizycznej w Zurychu (katedra nowo utworzona).

Zmarli: B prof. dermatologii w Wiedniu, dr Izydor Neumann, w 74 r. ż.; prof. medycyny wewn. Vierodt w Heidelbergu.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 34. Jaworski J.: O pętli do wyciągania płodu przy położeniu pośladkowem ustalonem. Łuczycki: Kilka uwag w sprawie otępienia przedwczesnego. Sterling Wład. (dok.).

— *Medycyna* Nr 36. Korybut-Daszkiewicz: Kilka słów o nagminnem zapaleniu gruczołu przyusznego u dzieci. Sterling (c. d.).

— *Tygodnik lekarski* Nr 36. Herman: Nowy model gorsetu wyciągowego. Modrakowski: Folia digitalis ze stanowiska farmakognostycznego.

— *Czasopismo lekarskie* Nr 7 i 8. Markiewicz: Uwagi, dotyczące organizacyi ochrony zdrowia i pomocy lekarskiej w różnych grupach zawodowych Ronthaler: Badanie słuchu w szkołach. Jasiński Wacław: Przyczynek do kazuistyki ropni miednicowych u dzieci. Brudziński i Trenkner: Przyczynek do leczenia płonicy surowicą przeciwpłoniczą. Nowak St. (dok.).

— *Postęp okulistyczny* Nr 8. Strzemiński: Przypadek rozpromienienia włókien rdzeniowych nerwu wzrokowego w siatkówce ze szparami tęczówek i źrenicami dodatkowemi. Noiszewski: Zapalenie siatkówki po zatruciu wyciągiem paproci samczej.

— *Przegląd zdrojowy* Nr 11. Zakład dla leczenia ambulatoryjnego chorób kobiecych w Krakowie.

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 10. Wąsowicz: Fizyografia i geologia Krynicy. — Meran.

— *Časopis lékařův českých* Nr 33: Müller: Příspěvek k mikroskopické struktuře cyst vaginalních. Guttmann: O obrně nervu zvratného. Zimmer (dok.).

— *Russkij Wracz* Nr 33. Grigorjew (dok.). Szajkiewicz: O chorobach kości twarzy u noworodków. Drzewiecki: O doświadczalnej marskości wątroby. Milman: Przyczynek do kazuistyki paratyfusu. Rubaszkin (dok.). Orłowski Z. (c. d.).

— *Semaine médicale* Nr 36. Fernet: Towarzysze alkoholizmu.

— *Presse médicale* Nr 70. Leduc: Nowe teorye rozczynów i ich stosunek do medycyny. Calmette, Vansteerberghe i Grysez: O jelitowem pochodzeniu zapalenia płuc i innych zakażeń zapalnych płuc u człowieka i u zwierząt. Caillaud: Choroba Bantiego. — Nr 71. Renaut: Uwagi ogólne o służbie sanitarnej w bitwach. Ferreira: Ostre rozszerzenie serca u noworodka i omdlenie sine. Sikora: Doraźne urządzenie operacyjne na wsi.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 36. Doerr: W sprawie biologicznej równoważności prątków duru i okrężnicy. Kürt: W sprawie praktycznego oznaczania granic prawidłowego serca. Goldmann: Przyczynek do leczenia czerwiwości. Leo-Wolf: Z praktyki.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 36 Marmorek: Wessanie martwych prątków gruźliczych. Bing: Badania krwi u nerwowo chorych. Davidsohn: Choroby mięska podjęzykowego. Weichardt: W sprawie leczenia surowicą gorączki siennej. Keller: Dzieci karmione mączkami. Rosenbach (dok.). Runge: Krwawe i bezkrwawe zabiegi celem przyspieszenia przebiegu porodu. — Nr 37. Ruediger-Rydygier: W sprawie chirurgicznego leczenia wrzodu żołądka. Argutinsky: W sprawie wrodzonego obrzęku śluzowatego i stosunków wzrostu kośćca w tej chorobie. Schulze: Krętek srebrny. Friedenthal: O znajdowaniu krętków w raku i kile. Zarniko: O leczeniu gorączki siennej pollantyną. Rauschke: Znaczenie rozpoznawcze wyobrażeń hipochondrycznych.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 36. Krause: O uszkodzeniach narządów wewnętrznych przez naświetlanie rentgenowskie i o zapobieganiu tymże. Machol: Przyczynek do techniki zasłon. Strasburger: W sprawie rozpoznawania tętniaków tętnicy głównej. Hess: O odruchu przeponowym i inerwacyi przepony. Wenzel: Odcięcie odbytnicy według Witzla z utrzymaniem zwieracza zewnętrznego. Evelt: Przyczynek do nauki o torbielach krezki. Sittler: Leczenie drożdżami nieżytu żołądka i jelit u dzieci. Kürbitz: Przypadek ostrego ograniczonego obrzęku przy wiądzie rdzenia. Schütte: Nowa postać stanów histerycznych u dzieci szkolnych. Lange: Próba acetonowa pierścieniowa. Tromp: Zewnątrzpęcherzowy rozdzielacz moczu według Heusnera. Geissler: W sprawie narzędzi do pubiotomii. Baum (dok.).

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 36. Leo: O leczeniu krwotoków z przewodu pokarmowego. Schlesinger i Holst: Porównawcze badania co do wykrycia najdrobniejszych krwotoków w kale; nowa odmiana próby benzydynowej. Rinne: Operacyjne leczenie samorodnej padaczki. Sommer i Fürstenau: Pozorne ładunki elektryczne ciała ludzkiego. Bence: Trzy przypadki polyglobulii z obrzękiem śledziony. Greeff i Clausen: Krętek blady przy doświadczalnie wywołanem miąższowem zapaleniu rogówki. Katz: W sprawie miejscowego znieczulenia górnych dróg oddechowych i ucha. Cassel: Sen u dzieci. Sklarek: Doświadczenia z santylem, nowym lekiem przeciwwiewiórowym.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Neuronal, bromdiethylacetamid wyrobu firmy Kalle et Co. w Biebrich poleca dr W. Heinicke (*Mediz. Klinik* 1906, Nr 22). Przedtem już znalazł środek ten uznanie w całym szeregu prac fachowych (Fuchs i Schultze, Siebert, Becker, Kurt Schultze, Weifenbach, Raschkow, Euler, Bleibtreu, Bresler), stwierdzających bądźto korzystny skład chemiczny, bądź też wybitne działanie lecznicze. H. stosował neuronal w 40 przypadkach (dyrektor zakładu dr Krell) zużytkowując 134 g. w 139 dawkach (22 przyp. *dementia praecox*, 2 *paralysis*, 1 *senium*, 1 *melancholia*, 1 *hysteria*, 3 zwyrodnienia, 1 stwardnienie tętnic mózgu w połączeniu z histeryą). W 71 dawkach działanie dobre, sen przeszło 6-godzinny, raz nawet 10½-godzinny. W 32 dawkach wynik średni. Dawki jednorazowe wahały się od 0·5—2·0 g., stosownie do przypadku. Tylko dwa razy wystąpiły wymioty, zresztą nie spostrzegano działań ubocznych. Smak lekko gorzkawy, przypomina mentol, nie budzi wstrętu. Neuronal działa w przybliżeniu, jak trional, a działaniem przewyższa go jedynie weronal; wobec tych środków atoli ma neuronal tę wyższość, iż nie jest trujący.

Dr Gerlach poleca również neuronal (*Münch. med. Woch.* 1906, Nr 21) na podstawie 51 przypadków różnych ciężkich chorób układu nerwowego. W pewnych przypadkach z silnymi stanami podniecenia posuwał się do dawki 3 gr. Pamiętać należy o tem, że skuteczność neuronalu utrzymuje się mimo podawania go przez czas dłuższy, gdy środki nasenne przeważnie pozbawione są tej zalety

L



Sławne na cały świat źródła:

VICHY

Własność francuskiego Państwa.

Administracya:
Paryż, 24 Boulevard des Capucines 24.

Polecane przez pierwsze powagi lekarskie:

Celestins: w chorobach nerek, cierpieniach dróg moczowych, w dnie i cukrzycy.

Grande-Grille: w kolkach wątrobnych i kamykach żółciowych, w zastojach w zakresie organów jamy brzusznej.

Hôpital: we wszystkich niestrawnościach.

Przetwory: sole do kąpieli i picia, pastylki

Składy we wszystkich składach wód mineralnych i aptekach.

Prawdziwe tylko wtedy, jeśli kapsle i etykiety noszą firmę źródła. 219

Należy zawsze podawać dokładnie nazwę żądanego zdroju.

Patentowany. Nazwa ustawowo strzeżona.

Histosan

(Guajakol-Albuminat)

W miejsce dotychczasowych przetworów guajakolowych, z których część pewna wywiera szkodliwe działania uboczne, podczas gdy sole guajako-siarczane z powodu niepewnego swego działania ogromnie utrudniają leczenie, polecamy Panom lekarzom najusilniej nasz Histosan.

Według badań Panów Prof. Dr. Nevinny'ego z instytutu farmakologicznego uniwersytetu w Innsbruku i badań w instytucie dla śledzenia chorób zakaźnych uniwersytetu w Bernie, jakoteż w myśl przeróżnych doświadczeń w zakładach leczniczych i sanatoryach, wywiera histosan wyjątkowo korzystne działanie przy gruźlicy jakoteż przy innych zakaźnych chorobach narządów oddechowych. Histosan przewyższa, jak to każdy lekarz a priori przyzna, jako połączenie białkowate każdy dotąd znany przetwór guajakolowy składem racyonalnym a wypróbowanie go praktycznie pouczy w każdym przypadku, że przewyższa on skutecznością daleko wszystkie dotąd używane środki wewnętrzne w omawianych cierpieniach.

Postaci przyjęcia dla dorosłych:

Rp. **Sirup. Histosani** lag. orig. I
S. 3—4 razy dziennie 1 łyżeczkę kaw.

Rp. **Tablettae Histosani** scat. orig. I
S. 4—6 kołaczyków dziennie.

Rp. **Histosan pulv. 0.5** tal. dos. No XX
S. 3—4 razy dziennie 1 proszek. 50 b

Ceny: 1 pudełeczko oryginalne **kołaczyków-mleczno-czekoladowych-histosanu** 40 sztuk zawierające fr. 4·—, mk. 3·20, K. 4·—. 1 flaszka oryginalna **syrupu-histosanu** fr. 4·—, mk. 3·20, K. 4·—.

Dokładne piśmiennictwo i próbki PP. lek. chętnie bezpłatnie do rozporządzenia.

Fabrik chemischer & diätet. Produkte

Schaffhausen (Schweiz) Singen (Baden)

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne:





Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieocenlony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.



MARKA OCHRONNA E. MATULA

Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 168 S.